

Allgemeiner Patientenfragebogen

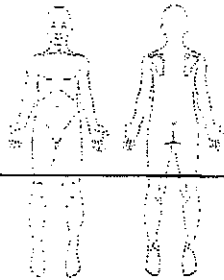
Name, Vorname

Beruf

Sport/Hobbies

Ärztl. Diagnose

1. Seit wann und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?



2. Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort der Schmerzen/ Einschränkungen ein!

3. Bitte geben Sie Ihre aktuellen Schmerzen/Einschränkungen auf einer Skala von 0 bis 10 an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 = kein Schmerz, 10 = schlimmster Schmerz

4. Lassen sich die Beschwerden reduzieren oder verstärken? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen)

5. Leiden Sie an einer ansteckenden, chronischen oder schweren Krankheit?

6. Gibt es relevante Nebendiagnosen (z. B. Osteoporose)?

7. Hatten Sie Unfälle, schwere Verletzungen oder Krankenhausaufenthalte?

Datum	Ursache	Folgeschäden

8. Nehmen Sie zurzeit Medikamente, (z. B. Blutverdünner, Schmerzmittel)?

9. Haben Sie ärztliche Befunde oder Röntgenbilder, die für Ihre Therapie relevant sind?

10. Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

11. Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen? Woran werden Sie im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich war?