

# Allgemeiner Patientenfragebogen

--	--	--

Überweisender Arzt	Diagnose	ev. arbeitsunfähig seit
Beruf	Freizeitaktivitäten	weitere Tätigkeiten

Welche Beschwerden sind der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Was hat die Beschwerden Ihrer Meinung nach ev. ausgelöst?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen, etc.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese gewirkt?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen? Wenn ja, welche und wann?

Nehmen Sie momentan oder regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und wie oft?

Welches Ziel wollen Sie durch die Therapie erreichen? Woran werden Sie merken, dass die Therapie erfolgreich ist?