

**Allgemeiner Patientenfragebogen:** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wie und Wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

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

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

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

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?

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

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

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? Datum, Art des Unfalls/der Verletzung, Folgeschäden

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt? Datum, Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Medikament, Einnahmehäufigkeit, Einnahme seit, Nebenwirkungen

---

### Persönliche Daten

Überweisender Arzt:

Arbeitsunfähig seit:

Diagnose:

Hilfsmittelversorgung:

Verordnung:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Freizeitaktivitäten:

Erlerner Beruf:

jetzige Tätigkeit:

Rauchen Sie?  Nein  Ja Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja Wenn ja, wie häufig und wieviel?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!