

Patientenfragebogen

Wir möchten Sie bitten uns für die Behandlung diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig und unterliegen dem Datenschutz.

Angaben zur Person

Name, Vorname

Geb. - Datum

Medizinische Fragen

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spannungskopfschmerz / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seh- bzw. Hörschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schleudertrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Waren Sie in letzter Zeit beim Zahnarzt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weswegen ?		
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine OP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Haben Sie Narben oder Verletzungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche ?		
Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche ?		

Datum, Unterschrift Patient

Wird vom Therapeut ausgefüllt

Kopf / Hals

Schultergürtel

Arm / Ellenbogen / Handgelenk/ Hand

Oberer / unterer Rücken

Becken / Hüfte

Oberschenkel / Knie / Kniescheibe

Unterschenkel / Sprunggelenk / Fuß

Unterschrift fachliche Leitung

Datum