



Allgemeiner Patientenfragebogen

Name _____ Geburtsdatum _____

Familienstand _____ Anzahl der Kinder _____

Beruf _____ Arbeitsunfähig seit _____

Freizeitaktivitäten _____

sportliche Aktivitäten _____

Name des überweisenden Arztes _____

Name des Hausarztes _____

Bitte beschreiben Sie stichpunktartig ihre Beschwerden.

Wodurch werden ihre Beschwerden ausgelöst? (z.B. bestimmte Bewegungen, nach langem Sitzen, etc.)

Lassen sich die Beschwerden lindern? Wodurch? (z.B. Wärme, Kälte, Aktivität, Schonung, etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z.B. Wärme, Kälte, Aktivität, Schonung, etc.)

Seit wann bestehen ihre Beschwerden? Haben sich diese im Laufe der Zeit verändert?

Bitte kreuzen Sie auf der Linie die Intensität ihrer Schmerzen an.

0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche Therapien wurden bisher durchgeführt? Haben Ihnen diese geholfen?

Art der Therapie	Wirkung

Haben Sie zurzeit weitere Erkrankungen?

Bitte kreuzen Sie auf der Linie den Grad ihrer inneren Anspannung an (Stress, Sorgen, Ängste etc.).

0 = keine Anspannung, 10 = höchste Anspannung

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hatten Sie schon einmal einen Unfall, eine Operation, einen Knochenbruch, einen Krankenhausaufenthalt oder eine schwere Erkrankung?

Wann?	Was?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche und wie häufig? Leiden Sie unter Nebenwirkungen?

Medikament	Wie häufig	Nebenwirkungen