



Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind uns für Ihre Behandlung wichtig. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Grunddaten

Name Vorname

Geburtsdatum Beruf

Straße Hausnr.

PLZ Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (dienstlich) Mobil

Krankenkasse Hausarzt

Gewicht Größe

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat?

Allergien und Medikamentenunverträglichkeiten:

.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

.....
.....

Läuft momentan ein Rentenverfahren oder wird dieses angestrebt? ja nein

Vorerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Blutzuckererkrankung) | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen, Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris (Herzkranzgefäßerkrankung) | <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Haben Sie Fieber? |

Sonstige Erkrankungen:

.....

Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welche?

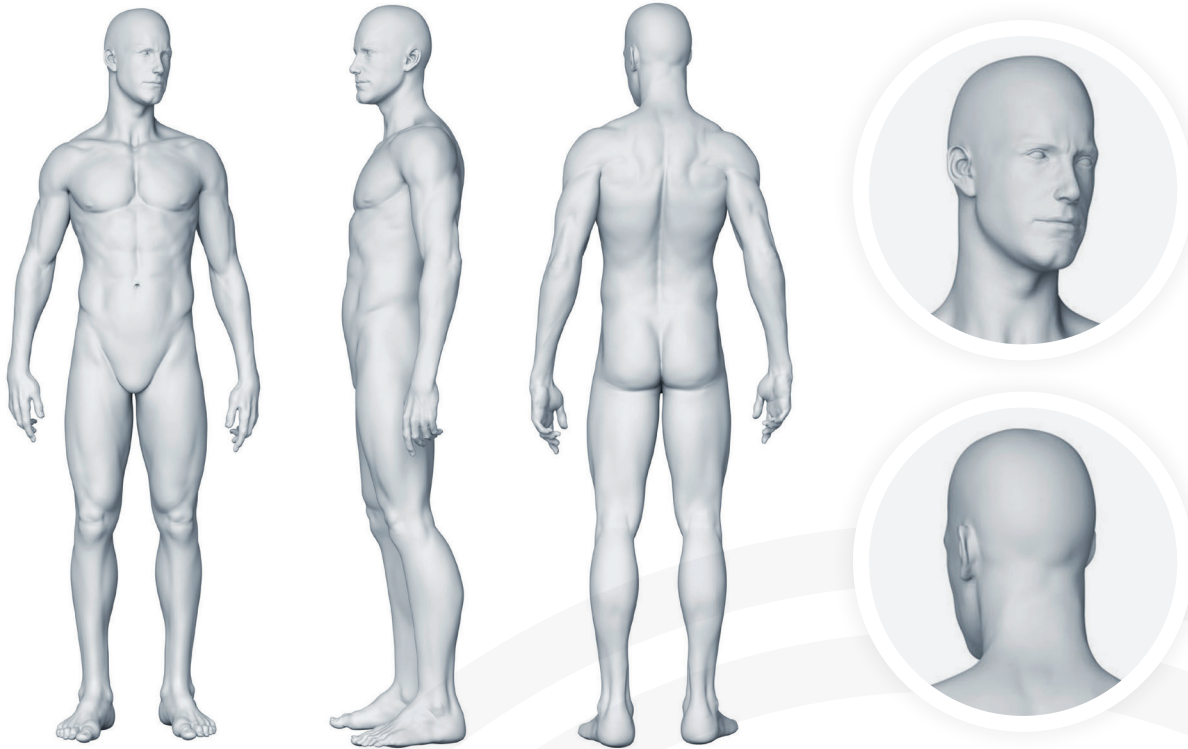
Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Ungefähre Jahreszahl bitte in Klammern angeben.

.....



Bewegungsapparat

Wo sind Ihre Beschwerden? Seit wann? Bitte den Monat und die ungefähre Jahreszahl in Klammern eintragen.



Wie stark ist durch diese Beschwerden Ihre **Lebensqualität** beeinträchtigt? (zutreffendes bitte ankreuzen)

gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

Wann treten die Beschwerden (Schmerzen) auf? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Momentan keine Selten, gelegentlich (2 - 4 Mal pro Jahr) Häufig (monatlich)
 Nur tagsüber bei oder nach Belastung Nur nachts Nur morgens nach dem Aufstehen
 Ständig Tag und Nacht

Wie stark sind die Beschwerden **heute**? (zutreffendes bitte ankreuzen)

schmerzfrei 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

Nehmen Sie Schmerzmedikamente? Wenn ja, welche? Wie oft?

.....
.....

Sind Sie momentan arbeitsfähig? ja nein

Sind Ihre Beschwerden auf einen Unfall zurückzuführen? Wann war der Unfall?

.....

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? ja nein

Bei welchen Fachärzten sind Sie noch in Behandlung? Weshalb?

.....
.....

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. **Bitte informieren Sie uns bei gravierenden Änderungen!**