

Allgemeiner Patientenfragebogen

Sehr geehrte |r Frau | Herr (Name | Vorname) _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

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, Bewegung etc.)

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

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem 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	Zurückgebliebene 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? Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig und wieviel?