

Patienten- Befundbogen



Sehr geehrte(r) Patient/in,
um sie optimal behandeln zu können, brauchen wir einige Informationen zu Ihrer Gesundheitsvorgeschichte und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle persönlichen Daten werden von uns vertraulich behandelt und nicht weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name _____ Geburtsdatum _____
Sport/Hobby _____ Beruf _____

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Wie stark sind Ihre Beschwerden? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Schmerzstärke an:
Kein Schmerz **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** maximaler Schmerz

Wie lange bestehen Ihre Beschwerden schon?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden z.B. Sturz oder Unfall?

Wodurch werden Ihre Beschwerden ausgelöst/verstärkt?

Was lindert Ihre Beschwerden: Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung?

Welche ärztlichen Untersuchungen und/oder Therapien wurden bisher gemacht?

Wurde bildgebende Diagnostik gemacht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Röntgen, CT, MRT, bitte möglichst zur Behandlung mitbringen!	Nehmen Sie Medikamente? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja welche?
---	--

Sind sonstige akute oder chronische Erkrankungen bekannt: Ja Nein
Osteoporose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rheuma, etc.? wenn ja welche?

Haben Sie Schmerzen in Ruhe oder in der Nacht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel oder Übelkeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
---	---

Haben Sie Sensibilitätsstörungen oder einen Kraftverlust? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	--

Hatten Sie bisher schon Unfälle, Verletzungen oder Operationen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja welche?	Hatten Sie schon einen Tumor, Hepatitis, HIV, etc.? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja was?
---	---

Leiden Sie im Moment unter Müdigkeit, ungewolltem Gewichtsverlust Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> oder allgemeinem Unwohlsein?	Sind sie schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	--

Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja wie viel?	
--	--

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und korrekt sind:

Datum _____ Unterschrift _____