

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig, Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese Frage bis zur Behandlung offen.

### Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Sind Sie Schwanger?  nein /  ja \_\_\_\_\_ Woche

Beruf \_\_\_\_\_ Tätigkeit überwiegend  sitzend  stehend  körperlich

### Aktuelle Beschwerden

---

---

---

Seit wann haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihren Schmerz an (0 kein Schmerz – 10 Schlimmster Schmerz) \_\_\_\_\_

### Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurde durchgeführt?

Röntgen  CT  MRT  Spritzen  Massage  Physiothe.  Anderes

### Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten...

zugenommen  abgenommen  gleichgeblieben  ständig da  
 zeitweise spürbar  nicht akut  eher nachts  \_\_\_\_\_

### Wie fühlt sich der Schmerz an?

stechend hell  dumpf  pochend  krampfend  ziehend  inkl. kribbeln  
 brennen  taub  verbunden mit Steifigkeit  Anlaufschmerz

### Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden?

#### Schlecht bei:

Bewegung  im Stehen  im Liegen  im Sitzen  nachts  morgens  bei Stress

#### Besser bei:

Bewegung  im Stehen  im Liegen  im Sitzen  nachts  morgens  Ablenkung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Erfolgte Operationen:**

Datum	Ort der OP

**Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?** (Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen, den stärksten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viel Zeit hatte, sich anzupassen.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Neigen Sie zu...?**  Kopfschmerzen  Schwindel  Rückenschmerzen  Gelenkschmerzen  
 Bauchschmerzen  Durchfall  Verstopfung  Übelkeit  Erschöpfung  Heißhunger  
 Atemnot  Traurigkeit  Gedächtnisschwäche  Schlafstörungen  Müdigkeit  
 Ängste  Grübeln  Nachtschweiß  Gewichtsverlust  \_\_\_\_\_

**Allergien?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeit?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nahrungsmittelunverträglichkeit?**  nein /  ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ernähren Sie sich gesund?**  nein /  ja  spezielle Diät? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie genügend Flüssigkeit?** \_\_\_\_\_ Liter/Tag

**Trinken Sie Alkohol?**  keinen  selten  >2x/Woche  täglich

**Rauchen Sie?**  nein  ja  wenn ja wie viel am Tag \_\_\_\_  aufgehört  seit? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  nein  ja  wenn ja welchen und wie häufig? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Haustiere?**  nein  ja  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Schnarchen Sie?**  nein  ja  Haben Sie nächtliche Atemaussetzer? \_\_\_\_\_

**Haben Sie**  beruflich Stress  emotionalen Stress  genügend Ruhephasen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?**

- Bluthochdruck     KHK     Herzrhythmusstörung     Herzinfarkt
- Schlaganfall     Thrombose     Lebererkrankung     Nierenerkrankung
- Asthma/COPD     Tuberkulose     Gemütskrankheiten     Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes mellitus     Krampfanfälle     Reizdarm     Migräne     Chronische Infektionen
- Rheuma     Arthrose     Osteoporose     Krebserkrankung     Glaukom
- Blutungsneigung     HIV     Hepatitis     Masern     Mumps     Röteln
- Keuchhusten     Windpocken     CoVID- 19-infektion     \_\_\_-fach geimpft
- Sonstige \_\_\_\_\_
- 

**Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie?**  nein  ja Wenn ja, welche und wann?

---

**Traten in Ihren Familien (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf?**

- Bluthochdruck     Demenz/ Alzheimer     Herzerkrankungen     Schlaganfall     Thrombose
- Krebserkrankungen     Asthma / COPD     Diabetes mellitus     Allergien

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---