



## Gesundheitsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hobbies / Sport: \_\_\_\_\_

Hauptproblem: \_\_\_\_\_

**Schmerzen/wo?** (bitte einzeichnen)

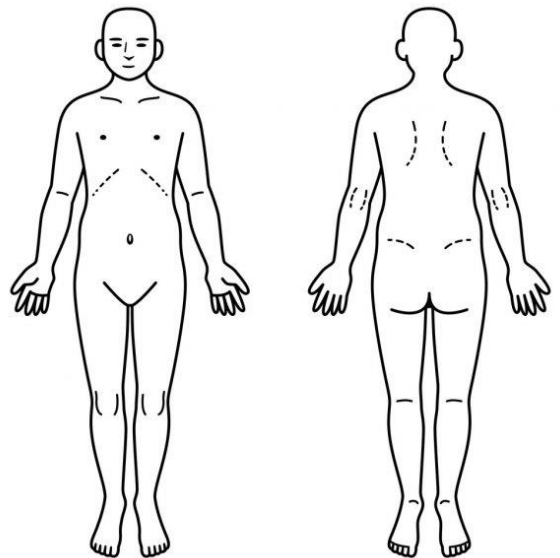
**Qualität:** ziehen/ stechen/ brennen/ kribbeln/ ...

**Schmerzskala:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**24h:** morgens/ tagsüber/ mittags/ abends/ nachts/  
immer/ bei bestimmten Bewegungen

**Bei welchen Bewegungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Seit WANN bestehen die Schmerzen?**

Tage / Wochen/ Monate/ Jahre

**Haben oder hatten Sie schon Beschwerden am  
Bewegungsapparat? Welche? O JA/ O NEIN**

.....

**Gab es operative Eingriffe? Wenn ja, Welche? Wann? O JA / O NEIN**

.....

.....

**Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche? Wofür? O JA / O NEIN**

.....

.....

**Hatte Sie bereits Unfälle? Welche? O JA / O NEIN**

.....

.....





**Haben oder hatten Sie bereits Beschwerden/Probleme mit/an:** (bitte zutreffendes ankreuzen)

Kiefergelenken		Darm oder Bauchspeicheldrüse	
Herz oder Blutgefäßen		Niere, Blase	
Schilddrüse		Brust, Gebärmutter oder Eierstöcke	
Lunge oder Atemwege		Prostata, Hoden oder Penis	
Hals, Nasen, Ohren		Leber, Galle, Milz oder Magen	

**Leiden Sie unter:** (bitte zutreffendes ankreuzen)

ständiger Müdigkeit o. Leistungsabfall		Nahrungsmittelunverträglichkeiten	
Menstruationsbeschwerden		Allergie	
Wechseljahrbeschwerden		Gewichtsverlust	
hormonelle Störungen		neurologische Erkrankungen	
Kopfschmerzen		einer psychischen Erkrankung	
nächtliches starkes Schwitzen		erbliche Krankheiten	
nächtlichen Schmerzen		einer Tumorerkrankung	
Stress oder Schlafstörungen		Rheuma oder Gicht	
Schwindel		oft leicht erhöhte Temperatur	

**Welche Maßnahmen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen?**

.....

.....

.....

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

.....  
Datum, Unterschrift