



## Gesundheitsfragebogen

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

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

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

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

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

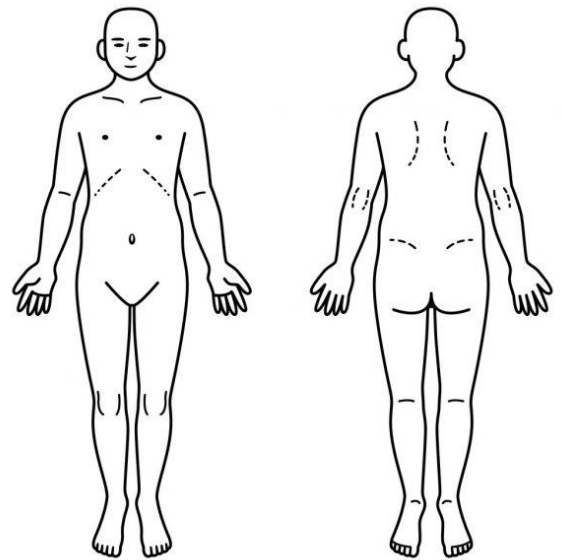
**Qualität:** ziehen/ stechen/ brennen/ kribbeln/ ...

**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**

.....

.....

**Hatten 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

