



# Patientenfragebogen Aktiva Medici

Sehr geehrte/r Patient/in, wir freuen uns, dass Sie uns ihr Vertrauen schenken. Um Sie optimal betreuen zu können, möchten wir eventuelle Risiken ausschließen und bitten Sie im Voraus, freiwillig einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Sollten Fragen unklar sein, lassen Sie die Felder zunächst frei und besprechen Sie diese mit Ihrem behandelnden Therapeuten. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung wird Ihnen von uns ausgehändigt. Sollte sich grundsätzliche Angaben im weiteren Behandlungsverlauf ändern, teilen Sie uns dies bitte mit. Herzlichen Dank!

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Social Network Accounts (fb, insta, etc): \_\_\_\_\_

Versichert:  Gesetzlich     Privat     Beihilfe     Zuzahlungsbefreit

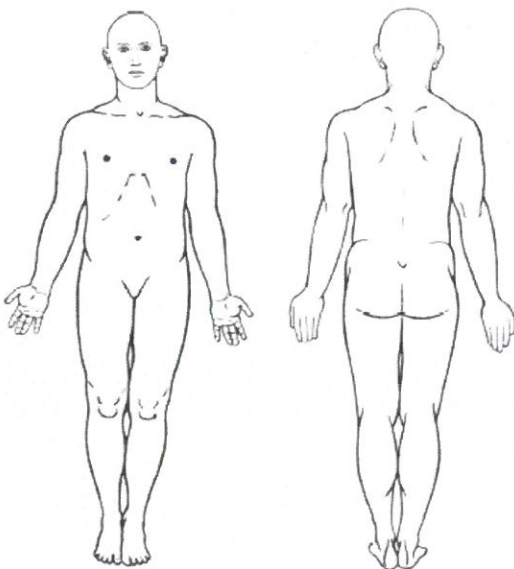
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Ich komme ausfolgendem Anlass: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_



Bitte kreuzen Sie links in der Zeichnung den Ort ihrer Schmerzen an (evtl. mit Ausstrahlungen) und beschreiben Sie ihre Beschwerden mit eigenen Worten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die aktuellen Beschwerden bestehen seit: \_\_\_\_\_



Bitte geben Sie ihre Momentane Schmerzstärke an (0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie fühlen sich die Schmerzen an?

- hell       dumpf       ziehend       pochend       krampfartig       taub  
 brennend       steif       schwer       kalt       warm       kribbelnd

Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert oder verbessert? (Gehen, Sitzen, Liegen, Bücken, Niesen etc.):

\_\_\_\_\_

Weitere Beschwerden:

- Schwindel       Kopfschmerzen       Schluckbeschwerden       Ohrgeräusche  
 Schlafstörungen       Gewichtsverlust       Panik       Nachtschmerz       Fieber

Bisherige Behandlungen:

- Operationen (wann? welcher Operateur?) \_\_\_\_\_
- Therapien (Medikamente, Physio, Stoßwelle, etc.) \_\_\_\_\_

Bisherige Diagnosen und Berichte/Befunde (aus MRT, Röntgen, Ultraschall, Blut, etc.)

\_\_\_\_\_

Nebenerkrankungen (bitte ankreuzen)	Medikamente	aktuell in ärztl. Behandlung
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumaerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thromboseneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurysma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten bestimmte Erkrankungen in ihrer Familie gehäuft auf? \_\_\_\_\_

Was erwarten Sie von einer Therapie in unserem Unternehmen? \_\_\_\_\_

In welchem Zeitraum möchten Sie ihre Ziele erreichen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Herzenswünsche im Bereich Sport, Hobby, Beruf, Freizeit, die Sie sich aus gesundheitlichen Gründen bisher nicht erfüllen konnten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift