

PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden Sie es uns per Mail an theralind-koerperuniversum@web.de oder bringen Sie es bei Ihrem ersten Besuch mit in die Praxis.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Wo haben Sie Schmerzen?

Wie fühlen sich die Beschwerden an? (ziehend, stechend, ausstrahlend)

Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 1 – 10?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>									

Leichter Schmerz

Mittlerer Schmerz

Starker Schmerz

Wann sind die Schmerzen am stärksten? (z.B. morgens, abends etc.)

Bei welchen Bewegungen sind die Schmerzen am stärksten?

Welche Therapien wurden bis jetzt gemacht und mit welchem Erfolg?

Welche Erkrankungen haben sie außerdem? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes etc.)

Was machen Sie beruflich? Welche Haltung haben Sie vorwiegend dabei?