



Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Hausnummer: _____ Plz/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____ heutiges Datum: _____

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

3. Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert?

- ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Wärme ☐ Kälte

4. Wodurch werden die Schmerzen gebessert?

- ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Wärme ☐ Kälte

5. Bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden?

6. Haben Sie Empfindungsstörungen wie

- ☐ Taubheit ☐ Überempfindlichkeit ☐ Wärmegefühl
☐ Kältegefühl ☐ Brennen ☐ Kribbeln

7. Hatten Sie Unfälle?

Wenn ja, welche und wann?

8. Wurden Sie schon einmal operiert

Wenn ja, was und wann?

9. Leiden Sie an einer oder mehreren folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| ☐ hoher Blutdruck | ☐ niedriger Blutdruck | ☐ Herz | ☐ Gefäßerkrankung |
| ☐ Lunge | ☐ Magen-Darm | ☐ Bauchspeicheldrüse | ☐ Leber-Galle |
| ☐ Niere | ☐ Prostata | ☐ Blase | ☐ Zuckerkrankheit |
| ☐ Gicht | ☐ Fettstofferhöhung | ☐ Blutungsneigung | |
| Sonstige _____ | | | |

10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Welche und seit wann?
