

## **Eingangsfragebogen zur Krankheitsgeschichte**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie kurz und klar die nachfolgenden Fragen. Vielen Dank!

Name, Vorname:

Geburtstag:

Adresse:

Versicherung:

Tel./Mobil:

Datum:

### **Allgemeine Fragen**

- 1.Arbeiten Sie zur Zeit? Wenn nicht, was ist ihr Beruf(auch Hausfrau)?
- 2.Haben/hatten Sie allgemeine Erkrankungen (z.B. Herz. Kreislauf, Lunge, HNO, urogenital, Zucker, Schilddrüse...)?Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?
- 3.Hatten Sie in ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?
- 4.Für Frauen: haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Gab es Probleme, z.B. Kaiserschnitt, Dammriss, Ischiasbeschwerden...? Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen oder besteht Kinderwunsch?
- 5.Hatten Sie einen/mehrere Unfälle(z.B. Sturz auf´s Gesäß, Sprunggelenksumknicken, Kopf angeschlagen, Schleudertrauma...? Wenn ja wann? Folgen?
- 6.Hatten Sie operative Eingriffe? Wann? Welcher Art?
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

### **Jetzige Beschwerden**

- 1.Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt?
- 2.Wann haben Sie begonnen, gab es einen Auslöser?
- 3.Haben die Schmerzen/Beschwerden sich geändert/sind sie gewandert?
- 4.Haben Sie Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig?
- 5.Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages?
- 6.In welcher Körperhaltung sind die Schmerzen/Beschwerden am schlimmsten z.B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen?
- 7.In welcher Position haben Sie weniger oder keine Probleme?
- 8.Welche Beschwerden haben Sie in Begleitung der Schmerzen? Z.B. Schwindel, Schlafstörungen, Antriebsmangel...?

9. Schmerzqualität: Beschreiben Sie kurz ihre Schmerzen. Z.B. brennend, bohrend, elektrisch, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschießend, scharf...

10. Schmerzskala von „0“ für völlig schmerzfrei bis „10“ für den schlimmsten Schmerz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

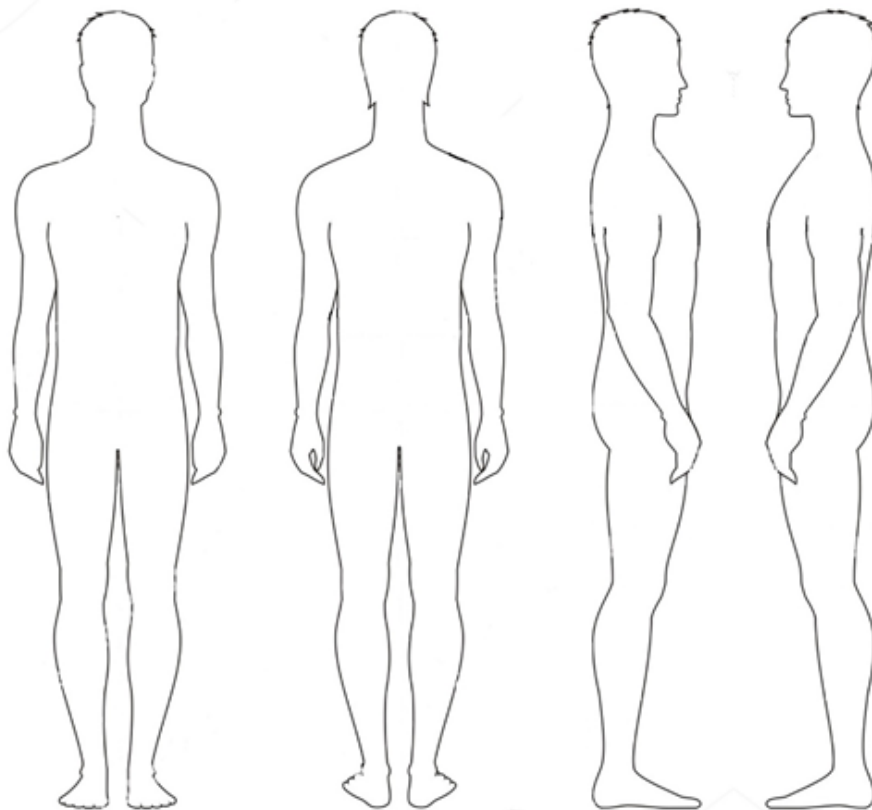
11. Leiden Sie unter seelischen Belastungen, z.B. Stress, Konflikte, Trauer...?  
Pflegen/Versorgen Sie ein Familienmitglied?

12. Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Chiropraktik, Reha...)?

13. Wurde ein Röntgenbild/MRT oder andere Untersuchungen gemacht? Z.B. neurologische Tests, internistische/urologische/orthopädische Untersuchungen? Ergebnis?

14. Gibt es noch etwas, was Sie hinzufügen möchten?

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie Schmerzen haben. Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken) zeichnen Sie dort ein x ein. Die Ausstrahlungsrichtung kennzeichnen Sie bitte mit einem Pfeil ->



vorne

hinten

rechts

links

