

Patientenfragebogen

Datum:

Name:

Vorname:

Adresse:

Tel. privat:

Tel. geschäftlich:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Berufliche Tätigkeit:

Wie viele Stunden/Woche?

Davon

% sitzend

% stehend

% in Bewegung

Sportliche Tätigkeit(en):

Wie viele Stunden/Woche?

Welchen Freizeitbeschäftigungen gehen Sie nach?

Wie viele Stunden/Woche?

Welche Alltagsaktivitäten führen Sie täglich aus?

Bücken Heben, Tragen Arbeiten auf dem Boden Autofahren sonstiges:

Sind sie

Rechtshänder

Linkshänder

Jetzige Beschwerden

Ort der Beschwerden/Schmerzen?

Seit wann bestehen diese Beschwerden, was war ihrer Meinung nach der Auslöser?

Wann treten die Schmerzen auf?

morgens abends im Laufe des Tages nachts immer wetterabhängig am Wochenende

bei/nach folgenden Bewegungen:

bei/nach folgenden Haltungen:

bei/nach folgender Belastung/folgenden Tätigkeiten:

Können Sie die Beschwerden/Schmerzen beeinflussen?

nein ja, durch:

Schilderung früherer Beschwerden

Welcher Art, wann (Jahr), wie lange bestanden die Beschwerden ,wie wurden sie behandelt?

Haben Sie schon Verletzungen erlitten?

nein ja (Jahr, Art der Verletzung):

Mussten Sie sich Operationen unterziehen?

nein ja (Jahr, Art der Operation):

Erkrankungen der inneren Organe?

nein ja (Jahr, Art der Erkrankung):

Welche dieser Hilfsmittel benutzten Sie früher und/oder benutzen Sie momentan?

Hilfsmittel	Wann?	Wie lange?
<input type="checkbox"/> Spreizhose		
<input type="checkbox"/> Korsett		
<input type="checkbox"/> Schuheinlagen		
<input type="checkbox"/> Nachtschienen zur Fußkorrektur		
<input type="checkbox"/> Spezialschuhe		
<input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen		
<input type="checkbox"/> Zahnspange		
<input type="checkbox"/> Aufbisschiene		
<input type="checkbox"/> Lendenkissen		
<input type="checkbox"/> Autokissen		
<input type="checkbox"/> Kopfkissen		
<input type="checkbox"/> Keilkissen		
<input type="checkbox"/> sonstige:		

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wofür oder wogegen sind sie?

Diese Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!