



PRAXIS AM BÖKELBERG  
Hempel • Fitzen • Gehrmann

## Patientenfragebogen

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse:

---

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

### Krankenversicherung:

Gesetzlich

Privat

Beihilfe

---

### Gibt es eine ärztliche Diagnose?

Nein

Wenn ja, welche:

---

---

---



PRAXIS AM BÖKELBERG  
Hempel • Fitzen • Gehrmann

## Fragen zu derzeitigen Beschwerden

**Wo haben Sie die Beschwerden?**

---

---

---

**Wodurch entstehen die Beschwerden?**

---

---

---

**Wann treten die Beschwerden auf?**

morgens    tagsüber    abends    nachts    in Ruhe    bei Bewegung

**Was verstärkt oder lindert die Beschwerden?**

---

---

---

**Welcher Art sind die Beschwerden/ Schmerzen?**

ziehend    stechend    drückend    pochend    ausstrahlend

**Haben Sie Empfindungsstörungen?**

Lähmungen    Kribbeln    Taubheit

**Worauf führen Sie die Beschwerden zurück?**

privat    beruflich    Sport    Unfall    Operation    Fraktur

**Wie stark sind Ihre derzeitigen Beschwerden?**

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**Welche Therapien sind schon durchgeführt worden?**

---

---

---

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**

Nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wurden Operationen bei Ihnen durchgeführt?**

Nein    Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Unfälle?**

Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Diabetes?**

Nein

Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Osteoporose?**

Ja

Nein

**Haben Sie Allergien?**

Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Ja

Nein

**Trinken Sie Alkohol?**

Ja

Nein

**Nehmen Sie Drogen?**

Ja

Nein

**Hatten Sie einen Zeckenstich?**

Ja

Nein

**Weitere Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt,

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)