

FRAGEBOGEN

Eingangsfragebogen für Ihren Termin

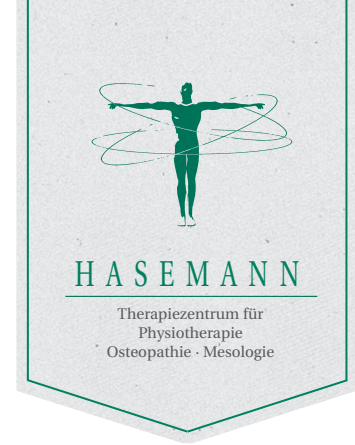
Am _____, um _____ Uhr.

Bitte schicken Sie unbedingt diesen Fragenbogen bis spätestens drei Tage vor Ihrer Behandlung an uns zurück. Bitte denken Sie daran an diesem Tag keine Creme für Hände und die Füße zu benutzen.

Die Kosten belaufen sich pro Behandlung auf _____ Euro.

Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden Ihnen mit einem Ausfallhonorar von _____ Euro berechnet.

Wir bitten um Ihr Verständnis.



SEHR GEEHRTE(R) FRAU, HERR

Bitte lesen Sie diese Fragen so genau wie möglich durch und beantworten Sie sie so gut wie möglich.

Bei der erstmaligen Untersuchung werden alle Angaben mit Ihnen besprochen.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem strikten Berufsgeheimnis. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Postleitzahl: _____
Wohnort: _____ Geburtstag: _____ M/W
Telefon: _____ Sonstige Tel: _____
Beruf: _____ E-Mail: _____
Frühere Berufsausübung: _____
Freizeit, Sport, Hobby: _____
Hausarzt: _____ Telefon: _____
Facharzt: _____ Telefon: _____
Therapeut: _____ Telefon: _____

Wer hat uns Ihnen empfohlen? _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äußern sie sich? _____

Bitte beschreiben Sie Art und Weise Ihrer Schmerzen?

(stechend, brennend, bohrender Schmerz, reißend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmäßig oder mit einem bestimmten Schema auf?

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?
(z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung):

Wann verschlimmern sich Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich dann im Allgemeinen? (traurig, ängstlich, ruhelos, irritiert, etc.)

Treten Schwächeanfälle am Tag auf?

Werden Sie nachts wach - und wenn ja, wann?

Wie ist Ihr Stuhlgang? _____ x täglich / _____ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig

Konsistenz: fest / dünn / weich / wässrig.

Farbe: weiß / leichtbraun / gelbbraun / dunkelbraun / schwarz

Haben Sie eine Vorliebe oder verabscheuen Sie süß, sauer, würzig, bitter?

Bei welchen Speisen und/oder Getränken haben Sie Beschwerden und wie äußern sich diese?

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? JA/NEIN

Rauchen Sie? Wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig?

Nehmen Sie Medikamente? _____

Trinken Sie Kaffee / Espresso? Wie viel? _____

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zur Zeit?

1. _____

2. _____

3. _____

Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefäßkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen: J N

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____

Bitte kreuzen Sie auf den folgenden Seiten an, was auf Sie zutrifft.

Das linke Quadrat ist für frühere Beschwerden, das rechte Quadrat bezieht sich auf gegenwärtige Beschwerden.

Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte sowohl das linke als auch das rechte Quadrat ankreuzen.

ALLGEMEIN (BITTE ANKREUZEN)

J N Kopfschmerzen:
täglich / wöchentlich / monatlich
Wo lokalisiert? _____

J N Müdigkeit:
Kontinuierlich / morgens / mittags / abends

J N Doppelt / verschwommen sehen

J N Allergien: _____

J N Schlaflosigkeit

J N Gewichtsveränderung: Zunahme / Abnahme

J N Schwindel

ATEMWEGE / HALS - NASE - OHREN

- J N Atemnot
- J N chronischer Husten
- J N chronische Erkältung
- J N Asthma
- J N Halsschmerzen / Entzündungen
- J N Nasennebenhöhlenentzündung
- J N Ohrensausen

HERZ UND BLUTGEFÄSSE

- J N hoher / niedriger Blutdruck
- J N geschwollene Drüsen
- J N Aderverkalkung
- J N unregelmäßiger Herzschlag
- J N Schmerz / Brustbeklemmung
- J N Herzklopfen
- J N kalte Hände / Füße
- J N Krampfadern aufgedunsen sein

HAUT

- J N Ekzem / Ausschlag
- J N schnell blaue Flecken
- J N trockene Haut / Schweißneigung
- J N jucken, Juckreiz
- J N spröde Fingernägel
- J N Haarausfall / zerbrochene Haare

VERFASSUNG

- J N nervös
 - J N depressiv
 - J N überempfindlich
 - J N Konzentrationsverlust
 - J N vergesslich
 - J N ängstlich
 - J N ständig
 - J N grübeln
 - J N lustlos
 - J N in sich hineinfressen
 - J N ohne Selbstvertrauen
 - J N Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
 - J N irritiert
 - J N unentschlossen
 - J N Hitzewallung
 - J N Sonstiges: _____
-

MAGEN / DARMTRAKT

- J N Darmentzündung
 - J N Verstopfung
 - J N Durchfall
 - J N Blähungen, geschwollener Bauch
 - J N Übelkeit
 - J N Bauchschmerzen / Krämpfe
 - J N Trockener Mund
 - J N Bauchrumoren
 - J N Magensäure / Aufstoßen
 - J N Blutungen
 - J N Sonstiges: _____
-

MUSKELN / GELENKE

- J N Gespannte / Weiche Muskeln
- J N Lenden Schmerzen
- J N Nackenschmerzen
- J N Prickeln / Ausstrahlung
- J N Gelenkschmerzen
- J N Muskelschmerzen / Krämpfe
- J N Bewegungsbeeinträchtigung
- J N Rheuma

NIEREN / HARNLEITER

- J N Nierenentzündung / Nierenstein
- J N Schmerzen beim Wasserlassen
- J N Prostataschmerzen
- J N Blasenentzündung
- J N Geschlechtskrankheiten
- J N Urinveränderung
- J N Veränderung sexueller Begierde

FRAU

- J N Schwangerschaft
- J N Alter erstmaliger Menstruation: _____
- J N schmerzhafte Menstruation
- J N anhaltende Menstruation
- J N prämenstruelles Syndrom
- J N schmerzhafte Brüste
- J N weißer Ausfluss (Fluor Albus)

K R A N K H E I T S G E S C H I C H T E

Bitte in folgender Reihenfolge beschreiben:

1. Welche Krankheiten, Operationen, Unfälle und Behandlungen haben Sie in Ihrem Leben durchgemacht?
Bitte auch offensichtlich kleinere Angelegenheiten wie z.B. Verstauchungen, Zahnbehandlungen, Mandeloperation oder Ekzembehandlungen auflisten
2. Kinderkrankheiten und Impfungen auflisten
3. Eventuelle Schwangerschaft und deren Verlauf angeben
4. Wichtige Entwicklungen in Ihrem Leben können auch von Bedeutung sein (z.B. Scheidung, Kreislaufschwäche, Nervenzusammenbruch, Depression etc.)
5. Besuche im Ausland (außerhalb Europa)

A L T E R K R A N K H E I T / B E S C H W E R D E N / S C H W A N G E R S C H A F T / W E R D E G A N G

CLAUS HASEMANN

.....
 Therapiezentrum
 für Physiotherapie,
 Osteopathie und
 Mesologie

Aachbachstraße 18
 78333 Stockach
 Tel: 0 77 71 / 92 97 28
 Fax: 0 77 71 / 92 97 29
 info@praxis-hasemann.de
 www.praxis-hasemann.de

BEHANDLUNGSTERMINE
 NACH VEREINBARUNG

Sind Sie (mit Ausnahme der o.g. Angaben) jemals in Behandlung eines Physiotherapeuten, Chiropraktikers, Facharztes, Heilpraktikers, Homöopathen, Irisdiagnostikers, Akupunkteurs, Magnetisörs etc. gewesen?

Was war die schlimmste Krankheit in Ihrem Leben? Welche Krankheit, welcher Unfall, welche Operation war die Letzte vor Ihren heutigen Beschwerden?

Spüren Sie eine Verschlimmerung der Beschwerden bei starker physischer oder psychischer Belastung, klimatischen Veränderungen, Fieber, Menstruation, usw.? Wenn ja - wann?

Verschlimmerung von:
