

# Fragebogen

für unsere Patienten

Bitte ausfüllen und an unsere Praxis schicken oder faxen.

Selbstverständlich können Sie den Fragebogen auch beim nächsten Besuch unserer Praxis mitbringen.



Liebe Patientin, lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie unserer Praxis Ihr Vertrauen schenken und eine Behandlung durch uns wünschen. Um Sie bestmöglich zu behandeln, benötigen wir noch einige Informationen von Ihnen. Zu Ihrer eigenen Zeitersparnis erhalten Sie schon jetzt unseren Fragebogen, den Sie so in aller Ruhe vorweg für uns ausfüllen können. Durch Ihre Informationen können wir unsere Behandlung individuell auf Sie einstellen und so den bestmöglichen Therapieerfolg für Sie erreichen.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon tagsüber \_\_\_\_\_

abends \_\_\_\_\_

mobil \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft:

Was ist der Grund Ihres Besuches in unserer Praxis?

\_\_\_\_\_

Wie würden Sie Ihr derzeitiges Allgemeinbefinden beschreiben?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie Unregelmäßigkeiten, Probleme oder Krankheiten nach folgenden Punkten?

	Schmerzen? Rheu- ma? Versteifung?	Seit wann?	Wo?	Derzeitige Diagnose?
Gelenke				

	Was genau?	Seit wann zuerst?	Wie oft?	Zu welcher Tageszeit?
Herz-Kreislauf				
Magen-Darm				
Hals/Rachen/Lun- ge/Bronchien				

	Wann?	Wie oft?	Seit wann?	In Zusammenhang mit Kopfschmerzen?
Schwindelgefühl/ Übelkeiten				

	Taubheitsgefühl/ Kribbeln	Seit wann zuerst?	Wie oft?	Zu welcher Tageszeit?
Gliedmaßen				

	Welche?	Wie getestet?	Seit wann?	schon desensibilisiert?
Allergien				

	Wann?	Welcher Art?	bleibende Schäden?	
Unfälle am Kopf /Kieferverletzung				

	Chronische Entzündungen?	Zysten?	Polypen?	Seit wann?
Nasennebenhöhlen /Stirnhöhlen				

	Wo?	Wie häufig? Welche Tageszeit?	Seit wann?	Welche Intensität?
Kopfschmerzen				
Verspannungen in Nacken/Schulter				

	Wo genau?	Was genau?	Wie oft?	Seit wann zuerst?
Schmerzen/Geräu- sche im Ohrbereich				

Tragen oder tragen Sie eine Klammer? (Fest / Herausnehmbar?) Seit wann?

---

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?

---

---

---

---

Haben wir etwas vergessen? Was sollten wir noch über Sie wissen?

---

---

---

---

---

---

---

---

Wir danken Ihnen für die Zeit, die Sie für eine bestmögliche Genesung investiert haben.

Ihre Praxis Eick/Pesch