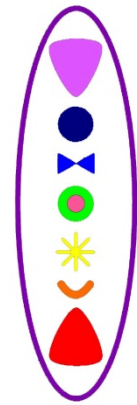


Angela Hertlein und Hanna Lang
Am Brühl 1 - 91550 Dinkelsbühl
Tel 09851 527 9109 - Fax 09851 527 8190
info@ele-mentar.de



Patientenfragebogen

Liebe/r Patient/in,

dieser Fragebogen dient einer freiwilligen Datenerhebung, die für die Therapie wichtig sein kann. Die Daten werden sehr vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Es gelten die Datenschutzbedingungen der Datenschutzgrundverordnung DS-GVO (siehe Patienteninformation gemäß der DS-GVO)!

Es wäre günstig, wenn Sie den Fragebogen vor der ersten Behandlung ausfüllen könnten, entweder über die Internetseite www.ele-mentar.de herunterladen und ausdrucken oder eine viertel Stunde vor dem Beginn der Behandlung in der Praxis.

Bitte den Patientenfragebogen NICHT per E-Mail, Fax oder Post schicken, sondern ausschließlich selbst in der Praxis abgeben!

Allgemeine Daten:

Vor- und Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

Familienstand/Kinder: _____

Ich komme aus folgendem Anlass:

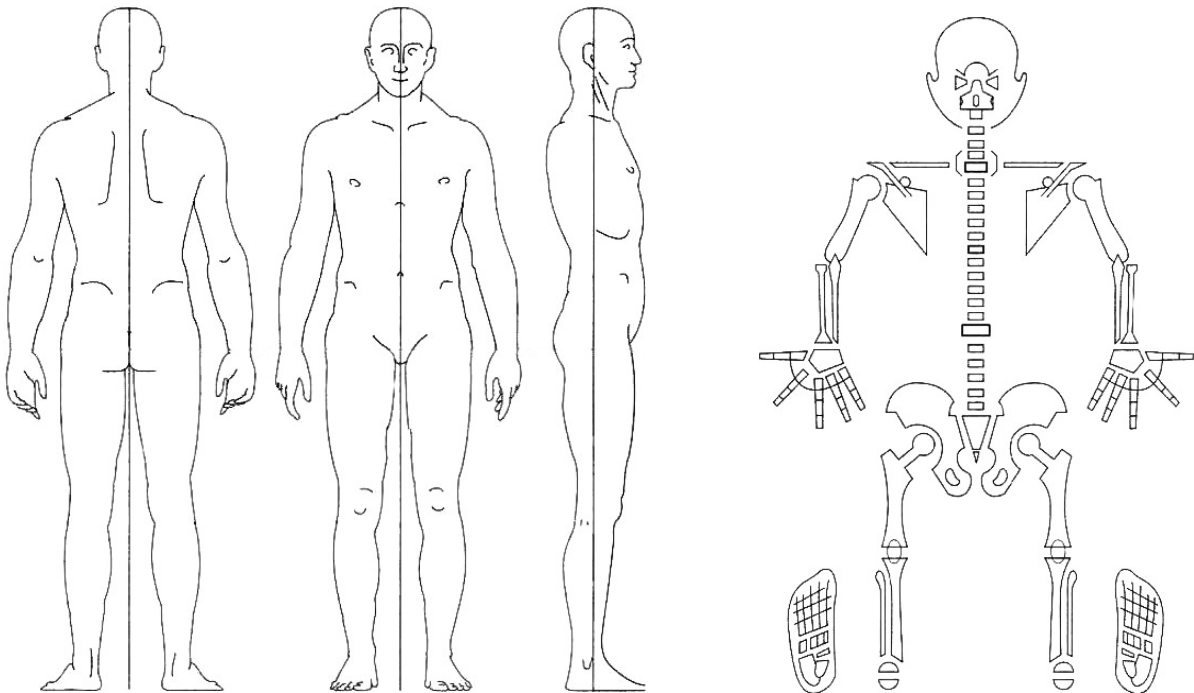
Seit wann haben Sie die Beschwerden: _____

**BEI ALLEN FOLGENDEN FRAGEN BITTE ENTSPRECHEND ANKREUZEN UND AUSFÜLLEN.
ES SIND IMMER MEHRFACHE ANTWORTEN MÖGLICH.**

Nehmen Sie Medikamente?

- Blutdruckmittel
- Blutverdünner
- Magensäurehemmende Mittel
- Pille/Hormone
- Schmerzmittel
- Cholesterinhemmer
- Sonstige: _____

Bitte markieren Sie Ihre Schmerzen (mit Kreis) und Operationsnarben (mit Kreuz):



Beschreiben Sie Ihren Schmerzcharakter

- Stechend, hell
- Dumpf
- Pochend
- Krampfend
- Ziehend
- Kribbelnd
- Wärme
- Kälte
- Schwere
- Brennen
- Taubheit
- Steifigkeit

Die Beschwerden treten auf:

- bei Bewegung
- beim Stehen
- beim Liegen
- beim Sitzen
- Nachts
- Morgens, wird im Laufe des Tages besser
- Ärger/Stress

Gab es unabhängig von dem momentanen Problem noch frühere Beschwerden?

- Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule
- Hüfte rechts links
- Knie rechts links
- Fuß rechts links
- Schulter rechts links
- Ellenbogen rechts links
- Hände rechts links
- Beckenbereich/ISG rechts links
- Kopfschmerzen
- Kiefergelenk rechts links (Schmerz, Knacken, Knirschen, Bewegung behindert)
- Sonstige Beschwerden: _____

Beschwerden im HNO-Bereich

(auch vergangene):

- Nasennebenhöhle
- Kieferhöhle
- Stirnhöhle
- Mittelohr
- Ohrgeräusche,
- laufende Nase
- Schwerhörigkeit
- Schwindel**
 - ständig
 - bei Lagewechsel
 - nur manchmal
 - abhängig vom Blutdruck

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich?

- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Beklemmung
- Spürbare Herzschläge
- Herzstolpern/Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt
- Embolien
- Krampfadern
- Gestaute Beine
- Thrombosen
- Operation(en)

Beschwerden in den Bronchien, der Lunge

- Häufige Bronchitis
- Lungenentzündung
- Asthma
- allergische Atembeschwerden
- Atemnot
- Raucher

Urologischer Bereich

- Blasenentzündungen, wie oft?
- Nierensteine
- Reizblase
- Ständiger Harndrang
- Probleme beim Wasserlassen/-halten
- Prostata

Probleme im Verdauungsapparat?

- Blähungen
- Völlegefühl
- Krämpfe
- Verstopfungen
- Durchfälle
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Nahrungsmittelallergie
- Sodbrennen
- Hämorrhiden

Gynäkologischer Bereich

- Schmerzen vor, während der Regel
- Beschwerden während des Eisprungs
- Probleme in der Schwangerschaft
- Geburten: Nein Ja
Anzahl der Geburten: _____
evtl. Fehlgeburten: _____
- Operation(en)

Sonstige Erkrankungen:

- Schilddrüsenerkrankungen
(Über- oder Unterfunktion)
- Autoimmunerkrankung der
Schilddrüse (z.B. Hashimoto)
- Tumore
- Diabetes
- Infektanfälligkeit
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Rheuma
- Bluter- Krankheit

Erfolgte Operationen:

Datum (ca.)	Art der Operation

Schwere Unfälle, schwere Stürze, Schleudertraumen:

Datum (ca.)	Art

Treffen eine der folgenden Faktoren auf Sie zu:

- Schlechtes Schlafen in der Nacht
- Häufige Müdigkeit
- Schwierigkeiten zur Ruhe zu kommen
- Wiederholtes Schwitzen in der Nacht
- Immer wieder leicht erhöhte Temperatur
- Geschwollene und/oder schmerzhafte Lymphknoten

Datum: _____ Unterschrift: _____