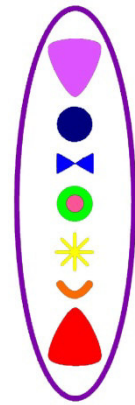


Angela Hertlein

Am Brühl 1 - 91550 Dinkelsbühl

Tel 09851 527 9109 - Fax 09851 527 8190

[info@ele-mentar.de](mailto: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](http://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:**

\_\_\_\_\_

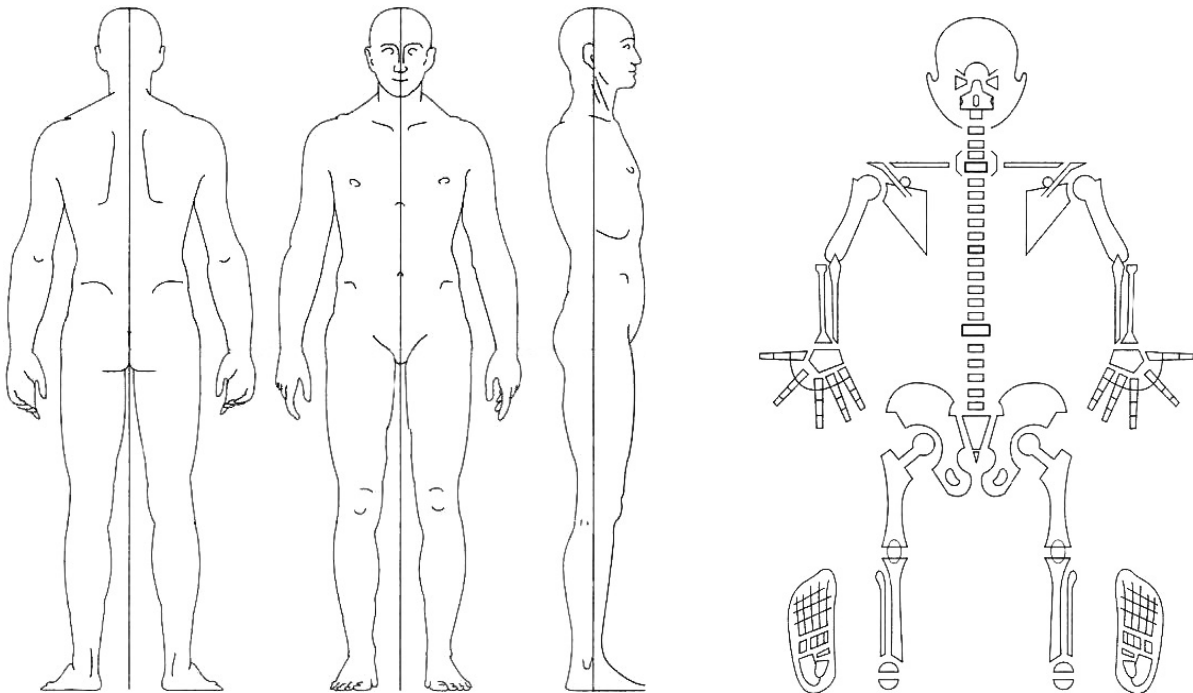
**Seit wann haben Sie die Beschwerden:** \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_