



Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Hausnummer: _____ Plz/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____ heutiges Datum: _____

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

3. Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert?

- Bewegung Ruhe Wärme Kälte

4. Wodurch werden die Schmerzen gebessert?

- Bewegung Ruhe Wärme Kälte

5. Bisherige Behandlungen wegen dieser Beschwerden?

6. Haben Sie Empfindungsstörungen wie

- Taubheit Überempfindlichkeit Wärmegefühl
 Kältegefühl Brennen Kribbeln

7. Hatten Sie Unfälle?

Wenn ja, welche und wann?

8. Wurden Sie schon einmal operiert

Wenn ja, was und wann?

9. Leiden Sie an einer oder mehreren folgenden Erkrankungen?

- hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Herz Gefäßerkrankung
 Lunge Magen-Darm Bauchspeicheldrüse Leber-Galle
 Niere Prostata Blase Zuckerkrankheit
 Gicht Fettstofferhöhung Blutungsneigung
Sonstige _____

10. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Welche und seit wann?
