

Hinweis: Bitte laden Sie den Bogen herunter und bringen diesen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit.



Gesundheitspraxis

A. Oliver Mack

Termine nach Vereinbarung

Heilpraktiker

www.therapie-mack.de

info@therapie-mack.de

0152-04380546

Yorkstraße 22

14467 Potsdam

Patienten Fragebogen – Erwachsener

Persönliche Daten

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ und Ort:

Telefon privat: Telefon mobil:

Telefon geschäftlich: E-mail:

Name des Hausarztes: Telefonnummer d. Hausarztes:

Adresse des Hausarztes

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich ‚Vorname/Name‘ des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben:

.....

Beruf:

Wodurch kennen Sie uns?

Die Behandlung erfolgt als Selbstzahler, dadurch können wir für Sie den günstigsten Preis anbieten.



Patienten Fragebogen – Erwachsener

☐ Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier

☐ Meine Hauptbeschwerde/n ist/sind:

.....

.....

☐ Meine Beschwerden sind akut seit Tagen Wochen

☐ Meine Beschwerden sind chronisch seit Monaten Jahren

☐ Meine Beschwerden sind schon ☐ einmal aufgetreten ☐ mehrmals aufgetreten

Ich war damit bereits in Behandlung bei:

☐ Hausarzt Wann?

☐ Orthopäde Name: Wann?.....

Adresse: Telefonnummer:

☐ Physiotherapeut Name: Wann?

Adresse: Telefonnummer:

Die Behandlung war: ☐ erfolgreich ☐ wenig erfolgreich ☐ erfolglos

Ich nehme z.Z. folgende Medikamente ein:

.....

Bitte Röntgenbilder und Befunde immer beim ersten mal mitbringen, und immer nach Aktualisierung!



Patienten Fragebogen – Erwachsener

Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- ☐ Unfall:
- ☐ Operation:
- ☐ Sonstiges:

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

- ☐ Kopfschmerz Halswirbel/Nacken
- ☐ Brustwirbelsäule
- ☐ Lendenwirbelsäule
- ☐ Gelenke:
.....
- ☐ Ich trage Einlagen seit:
- ☐ Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: ☐ links ☐ rechts mm seit
- ☐ Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- ☐ Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lage-Schwindel)
- ☐ Gleichgewichtsstörungen
- ☐ Ohnmacht, Kreislaufschwäche
- ☐ Schulter-, Arm-, Handschmerzen:
- ☐ Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme:
- ☐ Becken, ISG, Leiste:



Patienten Fragebogen – Erwachsener!

Ich habe folgende Empfindungen in: ☐ Armen oder ☐ Beinen

- ☐ Schmerzen, Brennen, Stiche, Taubheit, Kälte
- ☐ Schmerzen, die an der Hinterseite des Beines nach unten ziehen! (Ichialgie)
- ☐ Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen
- ☐ Schmerzen beim Sitzen, Aufstehen
- ☐ Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen
- ☐ Schmerzen, die am Schlafen hindern

Außerdem trifft Folgendes auf mich zu:

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit > 3x pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> müde, träge, kraftlos |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> mangelnde Konzentration |
| <input type="checkbox"/> schlechter Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung/Durchfälle/Blutungen | <input type="checkbox"/> Amalgambelastung/-sanierung |