

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 Erziehungsberichtigten/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

Naturheilpraxis
A. Oliver Mack

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 |