

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Wir bitten Sie alle Fragen vollständig zu beantworten- selbst wenn einige Fragen anscheinend nichts mit Ihrer derzeitigen Problematik zum tun haben. Vielen Dank

1 Welche Beschwerden haben Sie und wo befinden sie sich?

2 Wie stark sind ihre Beschwerden/Schmerzen? (Bitte markieren)



3 Seit wann bestehen die Beschwerden? Sind die Beschwerden früher schon mal aufgetreten?

4 Wann treten die Beschwerden auf? (unter Belastung, in Ruhe, bei bestimmten Bewegungen, usw.)

5 Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

6 Bestehen Vorerkrankungen?(Verschleiß, Unfälle,Erkrankungen,usw)

7 Nennen Sie bitte alle Operationen, die Sie bisher hatten (internistisch, orthopädisch, usw. z.B.Blinddarm)

8 Leiden Sie unter chronischen Beschwerden?(Herz-Kreislauf,Diabetes,Allergien,ansteckende Krankheiten,usw.)

9 Haben Sie Beschwerden mit den Zähnen oder dem Kiefergelenk? (z.B. Knirschen,Knacken, usw.)

10 Nehmen Sie Medikamente? (aktuelle oder dauerhaft)

11 Welchen Sport treiben Sie?(gelegentlich, regelmäßig,intensiv/wettkampfmäßig)

12 Sonstiges (Alles was ihnen einfällt z.Bsp.Magen-Darm Beschwerden, gynäkologische Probleme, usw)