

Patienten-Fragebogen

Vollständige Corona Impfung:

JA

NEIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft mir, einen Teil des Befundes vorab zu erstellen, damit die Erstkonsultation in einem akzeptablen Zeitrahmen durchgeführt werden kann. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau, sorgfältig und in Druckschrift!

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____

Bei Kindern Name des **Erziehungsberechtigten** / Rechnungsempfängers:

Adresse (Straße, Hausnr., Wohnort, PLZ):

Festnetz Tel: _____ **Mobil Tel:** _____

Email Adresse: _____

Beruf: _____

Aktuelle Beschwerden

(freie Schilderung) (was - wo - wie - wann - wodurch / auslösende Faktoren?):

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> | Diabetes | <input type="radio"/> |
| ▪ Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | Rheuma | <input type="radio"/> |
| ▪ Blutarmut | <input type="radio"/> | Grüner Star/ Glaukom | <input type="radio"/> |
| ▪ Infektionskrankheiten
(Hepatitis, HIV, ...)-
_____ | <input type="radio"/> | Neurologische
Erkrankungen: | <input type="radio"/> |
| ▪ Nierenerkrankung | <input type="radio"/> | - Krampfleiden (z.B.
Epilepsie) | <input type="radio"/> |
| ▪ Lebererkrankung | <input type="radio"/> | - Schlaganfall | <input type="radio"/> |

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| ▪ Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> | - Anderes: | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Atemwege/
Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| ▪ Asthma | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Entzündliche
Erkrankungen/ Infekte | <input type="checkbox"/> | Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Fieber | |

**Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung, die nicht in diesem Fragebogen
aufgeführt ist?**

Wenn ja, an welcher?

Ja /Nein

Frühere Unfälle, Verletzungen, Operationen, etc.: _____

Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Nehmen sie Medikamente (z.B. Blutdruck, Cortison, Schmerzmittel, Hormone)?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?

Ja Nein

Wenn ja, was? _____

**Neigen Sie zu blauen Flecken oder bei kleineren Wunden zu stärkeren
Blutungen?**

Ja Nein

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Freizeit / Sport _____

Zur Behandlung:

Bitte beachten Sie, dass im Rahmen der Behandlung und Untersuchung evtl. einzelne schmerzhafteste Techniken angewandt werden und evtl. vorübergehend (einige Stunden bis Tage) folgende Nebenwirkungen auftreten können:

- Kurzfristige Symptomverschlimmerung, oder kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, oder vorübergehende Schmerzverstärkung bei jedoch verbesserter Funktion.
- Kreislaufreaktionen wie z.B. Schwindel, Müdigkeit, Schwitzen, Kopfschmerz, Fieber
- Muskelkaterartige Schmerzen
- Lokale Rötungen, Blutergüsse, Hautirritationen
- In sehr seltenen Fällen Muskellähmungen durch Nervenkompression
- Bei Mobilisation der Halswirbelsäule kann bei entsprechenden Vorschädigungen eine Hirnblutung oder Schlaganfall nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Honorarvereinbarung:

Der Betrag ist nach erbrachter Leistung nach erstellter Rechnung zu überweisen.

Nicht einzuhaltende Termine sind bis spätestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Nicht abgesagte Termine werden mit dem Behandlungssatz in Rechnung gestellt.

Der Behandlungsvertrag wird separat unterschrieben.

Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Abschließend noch die Frage: Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten