

PATIENTENFRAGEBOGEN

Vom Patienten auszufüllen:



ORIGENE RÜCKENTHERAPIE

Allgemeine Daten

Name: _____

Straße, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geb. Datum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Bei Frauen: Kinder: _____ normale Geburt Kaiserschnitt

Beruf: _____

Sport und Hobbys (Art/Häufigkeit): _____

Ärztliche Diagnosen bzgl. Herz-Kreislauf-System

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Defi | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Ärztliche Diagnosen bzgl. weiterer Erkrankungen und deren Behandlung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor(-OPs) | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Sturz, Unfall | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Plötzlicher Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Neurologische Symptome | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsschwankungen | <input type="checkbox"/> Stress/Burnout | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Einnahme

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Magensäurehemmer | <input type="checkbox"/> Blutverdünner |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Anti-Allergika | <input type="checkbox"/> Antibiotika, zuletzt: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormonpräparate (z.B. Pille) | <input type="checkbox"/> Vitamine | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Ärztliche Diagnosen des Muskel- und Skelettsystems

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Knochenbruch | <input type="checkbox"/> Sehnen-/Bänderriss | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorwölbung | <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose | <input type="checkbox"/> Gleitwirbel |
| <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> Beinlängendifferenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose T-Wert |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Skoliose | <input type="checkbox"/> Torsionsskoliose |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |