



Fragebogen zur Ihrer Behandlung

**Liebe Patienten,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.
Um uns auf Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie
diesen Fragebogen auszufüllen. Die Angaben sind natürlich freiwillig.**

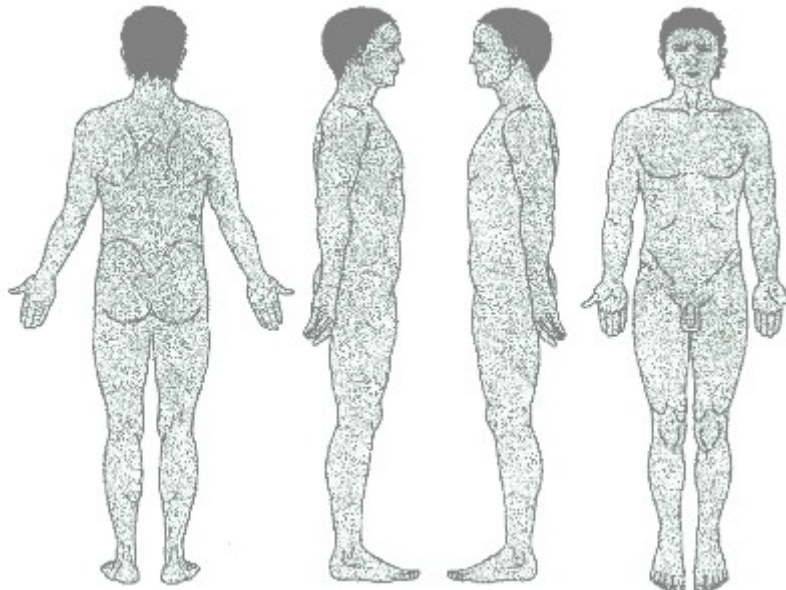
Datum: _____

Name: _____

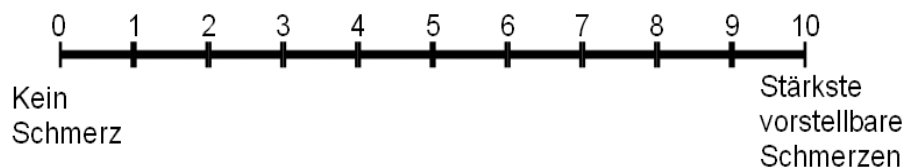
geboren am: _____

Welches ist ihr Hauptproblem mit dem Sie zu uns kommen & wie lange besteht das Problem?

Bitte markieren Sie ihre Schmerzpunkte.



Auf einer Skala von 0-10, wo würden sie Ihren Schmerz einordnen?



Welche früheren Probleme/ Schmerzen gab es?

Gab es operative Eingriffe?

Haben Sie Allergien und Unverträglichkeiten?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bitte geben Sie uns Auskunft über ihre familiäre Situation

- ledig verheiratet getrennt/geschieden
 Kinder Wie viele? _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

Welche Hobbys haben Sie?

Was erhoffen Sie sich durch unsere Behandlung?

Unterschrift Patient _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!