

Bisher bei Ihnen durchgeführte Operationen?	
Welche ernsthaften Erkrankungen hatten oder haben Sie (z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Rheuma, Fibromyalgie, Kiefererkrankungen, Herzerkrankungen, Viruserkrankungen, Krebserkrankungen, Zeckenbisse usw. ?)	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Dosierung
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie Aspirin, Marcumar, Plavix, Iscover usw. ein?	
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Präparate (z.B. Globuli) ein?	
Hatten Sie früher einen Unfall – auch Stürze während der Kindheit z.B. auf Steiß und Hinterkopf?	
War jemals eine Unverträglichkeit / Allergie auf Gräser/Pollen, Medikamente, Injektionen, Schmerzspritzen und Metalle festgestellt worden? Wenn ja, worauf?	
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	
Haben Sie Metallimplantate im Körper (z.B. künstliche Gelenke, Stent, Platten, Schrauben, Schrittmacher usw.) ?	
Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel (z.B. Einlagen, Schuhehöhung, Bandagen) ?	

Zusatzfragen, bitte Zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit seit/...../..... | <input type="checkbox"/> Kraftverlust und Sturzneigung |
| <input type="checkbox"/> Fieber – Nachtschweiß – Infekt | <input type="checkbox"/> Häufig Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Ruhe- und Nachtschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Augenentzündung | <input type="checkbox"/> Psychische Probleme |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Häufige Gelenkschwellung und längeres Steifigkeitsgefühl | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen – Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Aufbissschiene |
| <input type="checkbox"/> Zeckenbiss | <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand – Beinverkürzung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum / rauchen/ Tag | <input type="checkbox"/> Größenverlust |

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zu Ihrem Ersttermin mit.

Vielen Dank.

Ihr Team Praxis Bergstraße