

Name	Vorname	Geburtsdatum
		Mobil-Nummer
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Krankenversicherung / Kostenträger		Email
Größe in cm Gewicht in kg Beruf sportliche Aktivitäten? Schwangerschaft <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unsicher Kinder <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Stillen Sie derzeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wie haben Sie von uns erfahren? <input type="radio"/> anderer Arzt <input type="radio"/> Freunde / Bekannte <input type="radio"/> Homepage <input type="radio"/> google <input type="radio"/> jameda <input type="radio"/> andere: _____		

Wegen welcher gesundheitlichen Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

Im Falle eines Arbeits- / Schulunfalles beachten Sie vorab unsere Hinweise zur Zuständigkeit:

<https://www.praxisbergstrasse.de/arbeits-und-schulunfaelle/>

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Wie hoch ist Ihr Leidensdruck in Bezug auf diese Beschwerden? Bitte ankreuzen.

gering hoch

Welche Erwartung bzw. Zielvorstellung haben Sie im Hinblick auf Ihre Vorstellung in unserer Praxis?

Was wurde bisher gemacht und welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

(Hausarzt, andere Kollegen, Medikamente, Spritzen, Krankengymnastik, Röntgen, Kernspintomografie, Labor?)

Welche Therapie hat Ihnen davon am meisten geholfen?

Haben Sie Befunde darüber(z.B. Arztbriefe, Röntgen-, MRT-CD´s)?

Bringen Sie die Unterlagen bei Ihrem Besuch mit und geben diese an der Anmeldung ab.

Was führt zur Verschlechterung ? z.B.

- bestimmte Haltung
- Gehen
- Husten
- Stress / Ärger / Angst
- liegen / Ruhe
- sitzen
- stehen
- Wetterwechsel
- Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen
- andere Gegebenheiten:

Was führt zur zur Linderung ? z.B.

- Ablenkung
- Änderung der Haltung / Lagewechsel
- Entspannung
- Kälte
- Wärme
- leichte Bewegung
- liegen / Ruhe
- positives Denken
- Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen
- andere Gegebenheiten:

Gibt es Begleiterscheinungen? z.B.

- Ausstrahlung
- Taubheit / Missempfindung
- Schwäche / Kraftminderung / Stolpern
- Schwindel

- Schwellung / Ergussneigung
- Instabilitätsgefühl
- Andere Begleiterscheinungen:

Bisher bei Ihnen durchgeführte Operationen?

Welche ernsthaften Erkrankungen hatten oder haben Sie?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Viruserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |

andere Vorerkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Dosierung

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie Aspirin, Marcumar, Plavix, Iscover, Xarelto ein? Andere?

- keine

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Präparate (z.B. Globuli) ein?

Hatten Sie früher einen Unfall?

War jemals eine Unverträglichkeit / Allergie auf Gräser, Pollen, Medikamente, Injektionen, Schmerzspritzen und Metalle festgestellt worden? Wenn ja, worauf? Bitte ggf. vorhandenen Allergiepäss mitbringen.

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Haben Sie Metallimplantate im Körper?

(z.B. künstliche Gelenke, Stent, Platten, Schrauben, Schrittmacher, andere?)

Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel? (z.B. Einlagen, Schuhehöhung, Bandagen, Gehstock, Rollator)

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"/> Häufige Gelenkschwellung und längeres Steifigkeitsgefühl | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen – Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> Beckenschiefstand – Beinverkürzung |
| <input type="checkbox"/> Zeckenbiss | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Größenverlust |
| <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum / rauchen/ Tag | |

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem ausgewiesenen Corona-Risikogebiet? ja nein

Haben Sie grippeähnliche Symptome (Schnupfen, Husten, Fieber)? ja nein

Corona-Impfung erfolgt? ja nein

Corona-Impfung in den nächsten 14 Tagen? ja nein

Liebe Patienten/Patientinnen,

wir bitten Sie das Handy während Ihres Praxisbesuches stumm zu schalten oder auszuschalten.
Das Anfertigen von Fotos in der Arztpraxis ist aus Datenschutzgründen nicht erlaubt.

Datenschutzhinweis: <https://www.praxisbergstrasse.de/datenschutzhinweis/>

Vielen Dank, Ihr Team Praxis Bergstraße