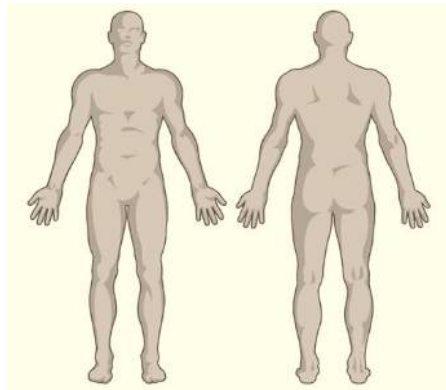


7. Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre **Schmerzen, Beschwerden, Operationen und Narben** ein:



7a. Muskeln / Gelenke:

- | | | |
|----|------|---|
| Ja | Nein | Chronische Gelenkschmerzen / Rheuma / Arthritis |
| Ja | Nein | Gicht |
| Ja | Nein | Muskelkrämpfe |
| Ja | Nein | Weichteilrheumatismus |
| Ja | Nein | Osteoporose |
| Ja | Nein | Arthrose |
| Ja | Nein | Sonstiges |

Folgende Gelenke sind betroffen:

.....

7b. Allgemeines:

- | | | |
|----|------|-------------------------------------|
| Ja | Nein | Kopfschmerz |
| Ja | Nein | Migräne |
| Ja | Nein | Schwindel |
| Ja | Nein | Schlaflosigkeit / Schlafstörungen |
| Ja | Nein | Abgeschlagenheit / Depression |
| Ja | Nein | Müdigkeit |
| Ja | Nein | Allergien / wenn ja, welche ? |
| Ja | Nein | Erbkrankheiten |
| Ja | Nein | Sonstiges |

Für Patientinnen: Anzahl der Schwangerschaften Anzahl der Geburten

7c. Vergangene OPs:

- | | | |
|----|------|-------------------------------|
| Ja | Nein | Wirbelsäule |
| Ja | Nein | Kopf- / Halsbereich |
| Ja | Nein | Hüfte |
| Ja | Nein | Knie |
| Ja | Nein | Unter-/Oberschenkel |
| Ja | Nein | Sprunggelenk / Knöchel / Füße |
| Ja | Nein | Unterleib |
| Ja | Nein | Sonstiges |

7d. Herz / Gefäße:

- | | | |
|----|------|---|
| Ja | Nein | Bluthochdruck |
| Ja | Nein | Krampfadern |
| Ja | Nein | Durchblutungsstörungen / Arteriosklerose |
| Ja | Nein | Herzinfarkt / Angina pectoris (Brustenge) |

Ja Nein Diabetes mellitus
Ja Nein Sonstiges

7e. Atemwege / HNO:

Ja Nein Atemnot
Ja Nein Chronischer Husten
Ja Nein Asthma
Ja Nein Sonstige Lungenerkrankungen
Ja Nein Ohrensausen / Ohrgeräusche
Ja Nein Sonstiges

7f. Nieren / Harnleiter:

Ja Nein Nierenentzündungen / Nierensteine
Ja Nein Blasenentzündung
Ja Nein Prostataveränderungen
Ja Nein Sonstiges

7g. Magen-/Darmtrakt:

Ja Nein Verstopfungen
Ja Nein Durchfall
Ja Nein Darmentzündungen
Ja Nein Bauchschmerzen
Ja Nein Sodbrennen
Ja Nein Magenschmerzen / Magengeschwüre / Gastritis
Ja Nein Hämorrhoiden
Ja Nein Sonstiges

7h. Nervensystem:

Ja Nein Erbliche Erkrankungen, und zwar
Ja Nein Schlaganfall
Ja Nein Polyneuropathie
Ja Nein M. Parkinson
Ja Nein Sonstiges

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein:

.....

9. Welche Schlafposition bevorzugen Sie ?

Rückenlage Bauchlage Seitenlage rechts Seitenlage links

10. Welche Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie wurden bisher durchgeführt ?

Computertomographie (CT)
 Kernspintomographie bzw. Magnet Resonanz Tomographie (MRT)
 Röntgen
 Physiotherapie
 Spritzen
 Sonstiges



11. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie:

.....

.....

.....

Lieber Patient,

je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, desto besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und in der Therapie auf Sie eingehen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen so gut als möglich aus und schicken mir diesen wenn möglich vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu. Gerne können Sie auch 15 Minuten vor der Behandlung in meine Praxis kommen, um ihn dort direkt auszufüllen.

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Herzlichen Dank für Ihre aktive Mithilfe.

Ihre Monika Hofmann.

Datum Ort Unterschrift