

# Patienten-Fragebogen



Orthopädische Praxis

**Dreisilker**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir möchten Sie bitten, unten stehende Fragen stichpunktartig zu beantworten. Dies gibt Ihnen die Sicherheit, dass wichtige Informationen nicht übersehen werden und erleichtert uns den Arbeitsablauf.

**Dr. med. U. Dreisilker und C. Dreisilker**

Fachärzte für Orthopädie, Chirotherapie,  
Sportmedizin, Akupunktur, Osteopathie  
und Naturheilverfahren

Oststraße 80  
D-42551 Velbert

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Falls Sie zum ersten Mal kommen, wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Freunde & Bekannte     Gelbe Seiten     Ärzteverzeichnis     Internet     Ärztliche Empfehlung     Sonstige

## Aktuelle Beschwerden

Haben Sie **Schmerzen**?

ja     nein

**Wo** (Körperteil)?    li.     re.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

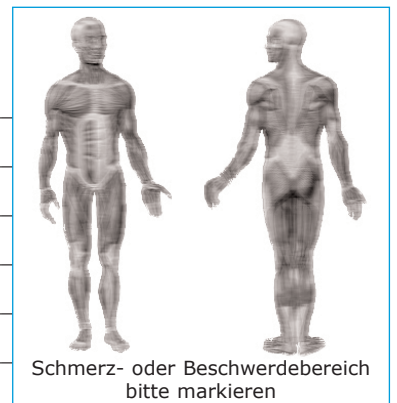
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

oder andere **Beschwerden**?

ja     nein

**Welche?**



**Seit wann?** \_\_\_\_\_

**Wie stark?** (bitte ankreuzen!)

0---|----|----|----|----5----|----|----|----10  
leicht ----- mittel ----- unerträglich

**Wann** treten die Schmerzen auf?

dauernd:     in Ruhe:

b. Belastung:     nachts:

b. Anlaufen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind Ihre Schmerzen verbunden mit:**

Gefühlsstörung / Taubheitsgefühl:

Muskelschwäche / Lähmung:

Schwellung:

Überwärmung:     Rötung:

Blässe:     Kältegefühl:

Schwindel:     Hörstörung:

**Wurden Ihre Schmerzen oder andere Beschwerden schon behandelt?** ja     nein

mit: Tabletten/Zäpfchen:

Spritzen:

Sonstige Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Bestrahlungen:

Infusionen:

Krankengymnastik:

Massagen:

**Ist darunter eine Besserung eingetreten?** ja     nein

**Stehen die jetzigen Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall?** ja     nein

**Arbeits-, Wege- oder Schulunfall?** ja     nein

Bitte wenden und die Rückseite ausfüllen! →

# Allgemeine Angaben

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

## **Regelmäßige Medikamente?**

---

---

---

## **Sind Allergien bekannt?**

---

---

Hatten Sie schon einmal eine **Operation?**

<b>Art</b> der Operation	wann
_____	im Jahr _____
_____	im Jahr _____
_____	im Jahr _____
_____	im Jahr _____

## **Rauchen Sie?**

ja  \_\_\_\_\_Stück/Tag?      nein

## **Treiben Sie Sport?**

ja       nein

**welchen?**

**wie oft?**

---

---

---

Hatten Sie schon einmal eine **Thrombose?**

ja  im Jahr \_\_\_\_\_      nein

Wo (**Körperteil**)?      li.       re.

---

---

---

Hatten Sie schon mal einen **Unfall?**      ja       nein

im Jahr \_\_\_\_\_ Art des Unfalles? (z.B. Autounfall, Sturz ...)

---

---

Welche Verletzungen sind dabei aufgetreten?

---

---

---

**Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?**      ja       nein

Falls **ja**, welcher? \_\_\_\_\_

---

---

---

Ich habe den Fragebogen allein / mit fremder Hilfe ausgefüllt. (**nicht Zutreffendes bitte durchstreichen**)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht mit einer Datenverarbeitungsanlage verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift