



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

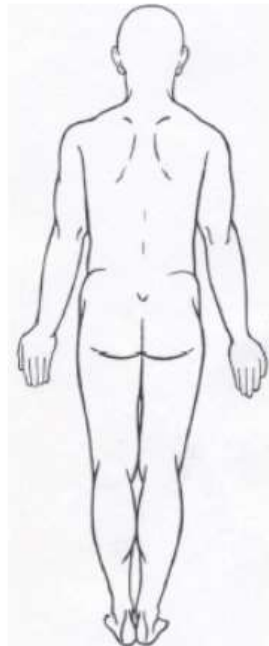
PLZ Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____



Beschreiben Sie bitte Ihre **aktuellen**
Beschwerden (Bitte keine Diagnosen oder
Befunde, sondern ihre Schmerzen und
Einschränkungen erläutern)

Wie werden die aktuellen Beschwerden therapiert: _____

Bei Ihnen bekannte Beeinträchtigungen:

Osteoporose? Ja Nein

Die letzte Knochendichtemessung war wann? _____

Osteoporose bedingte Frakturen? Ja Nein

Wenn ja, wo und wann? _____

Arthrose? Ja Nein Wenn ja welcher Gelenke? _____

Bandscheibenvorfall? Ja Nein Wenn ja, wo? _____

Wann? _____ Operiert? Ja Nein

Sind Sie im letzten Jahr gestürzt? Ja Nein Wenn Ja wie oft? _____

Knicken Sie leicht um? Ja Nein

Unfälle mit bleibender Beeinträchtigung? _____

Operationen am Bewegungsapparat?

(Hüfte, Knie, Wirbelsäule, Schulter, Fuß) Ja Nein

Wenn ja wann und wo? _____

Sonstige Operationen (Galle, Blinddarm, Leistenbruch etc.)? Ja Nein

Wenn ja wann und wo? _____

Leiden Sie an einer der genannten Krankheiten? (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Tumorleiden |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Nierenleiden |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nervenleiden |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Gefäßleiden |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Beckenbodenschwäche |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung |

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Präparat, Dosis und Häufigkeit)

Welchen körperlichen Aktivitäten gehen Sie wie oft nach?

Weitere Bemerkungen: _____

Bitte bringen Sie zum Arzttermin falls vorhanden Ihre Orthopädischen, MRT/CT und DEXA Befunde mit.
Vielen Dank!