

# Gesundheitsfragebogen

Um Ihre Therapie individuell, auf Ihre Zielvorstellungen und Bedürfnisse abgestimmt, zu planen benötigen wir ein paar Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes. Dazu bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und genau zu beantworten.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Geschlecht:

männlich

weiblich

ohne Angabe

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Datum

## 1. Allgemeine Gesundheitsfragen

- Unwohlsein
- Müdigkeit, Erschöpfung
- Übelkeit, Erbrechen
- Fieber, erhöhte Temperatur
- Krebs in der Vorgeschichte
- Unerklärlicher Gewichtsverlust
- Probleme beim Wasserlassen
- Probleme beim Stuhlgang
- Harn-/Stuhlinkontinenz
- Nächtliche Schmerzen
- Nächtliches Schwitzen
- Kopfschmerzen/Migräne
- Schwindel
- Doppelbilder
- Schluckstörungen
- Sprechstörungen
- Ohnmacht
- Taubheit/Missempfindungen um den Mund

## 2. Nebendiagnosen

- Gefäßerkrankungen
- Blutgerinnungsstörung
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Rheumatische Erkrankung
- Herzschrittmacher
- Krebserkrankung/ Krebs in der Vorgeschichte
- Lungenerkrankung
- Magen/Darmerkrankung
- Lähmungserscheinungen
- Aktuelle Schwangerschaft
- Osteoporose
- Nerven-/Gemütskrankung
- Schlaganfall, im Jahr \_\_\_\_\_
- Schlafprobleme
- Allergien
- Stress
- Gang-Unsicherheit/Stürze
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

3. Bitte führen Sie hier Ihre früheren Operationen und Unfälle auf.

4. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein, wenn ja wofür?

5. Welche Erwartungen/ Wünsche haben Sie an die Therapie?

6. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

**Vielen Dank, für Ihre Angaben. Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit!**

Wenn Sie Schwierigkeiten beim Beantworten der Fragen haben, sprechen Sie uns persönlich an oder lassen Sie einzelne Fragen unbeantwortet. Offene Fragen klären wir dann mit Ihnen gemeinsam in der Therapie.  
Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

