



Sybille Veith

**Heilpraktikerin**  
Praxis für Schmerz-  
und Bewegungstherapie

t.0157 - 746 70 557  
post@sybille-veith.de  
schmerztherapie-lnb-freiburg.de

## Patientenfragebogen

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

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

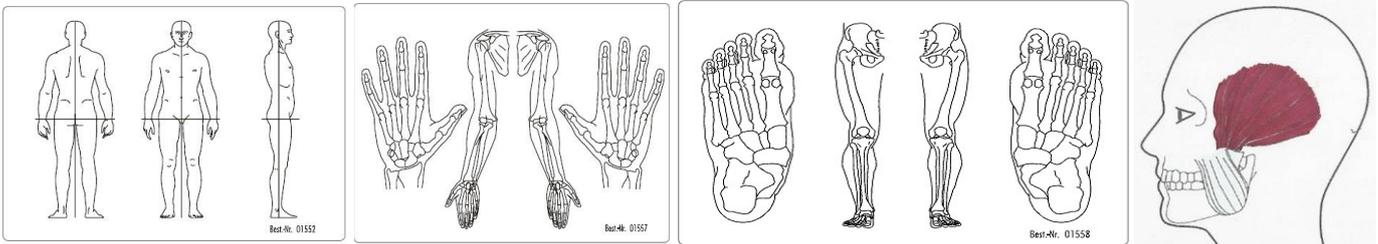
Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Familienstand: / Kinder: \_\_\_\_\_

Wieviel Zeit davon  
im Sitzen (Std.)? \_\_\_\_\_ Sport/ Bewegung (wie oft/ Woche? genaue Angabe!

**Aktuelle Beschwerden**, seit wann? Gab es ein Auslöser?, **SI: (Schmerzintensität 0 -10 angeben)?**:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den **Ort Ihrer Beschwerden** an:



### Angaben zum Allgemeinzustand:

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja ( ) Nein ( ) Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie **diagnostizierte Erkrankungen**? \_\_\_\_\_

(Stoffwechsel, Herzinfarkt, Rheuma, Diabetes, Bluthochdruck, Gelenkschmerzen, Tumor etc.)

**Gibt es Befunde**? Wenn ja, bitte mitbringen: ( ) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente** ein? Wenn ja, **siehe Liste Blatt 3!** \_\_\_\_\_

(Hormone, Vitamine, Mineralien, Mittel, Einnahmebeginn und **was genau: Wie oft? Dosis / Tag?** )

Hatten Sie **Operationen** in den letzten Jahren? \_\_\_\_\_

(Wenn ja, Wann/ Jahr? )

**Telefonische Sprechzeiten zur Terminvereinbarung:** Mo – Fr: 13.00 - 14.00 Uhr außer Do: 14 - 15.00 Uhr  
Bitte beachten Sie, dass die Terminvereinbarungen verbindlich sind und mind. **48 Stunden vorher** abgesagt werden müssen!

**Terminabsagen bitte nur unter: 0157 - 74670557!**



Sybille Veith

**Heilpraktikerin**

Praxis für Schmerz-  
und Bewegungstherapie

t.0157 - 746 70 557

post@sybille-veith.de

schnmerztherapie-lnb-freiburg.de

Hatten Sie **schwerwiegende Stürze/ Unfälle/ Frakturen/ Traumen?**

\_\_\_\_\_  
(Wenn ja, welche und wann das Jahr?)

Sind Sie **besonderen Belastungen zur Zeit ausgesetzt?**

(Stress, familiär +/- oder beruflich, Krankheiten von Familienmitgliedern etc.? \_\_\_\_\_)

**Rauchen Sie?** Ja ( ) nein ( ) **Nehmen Sie Drogen/Schmerzmittel?** Ja ( ) nein ( ) wenn ja, wieviel?  
**Trinken Sie Alkohol? Wieviel?** Ja ( ) nein ( )

Gibt es familiäre **gesundheitliche/ erbliche Vorbelastungen?**

(Diabetes, Tumor, Bluthochdruck, Rheuma, Cholesterin, Herzinfarkt) \_\_\_\_\_

**Für Frauen:** Schwangerschaften?

(Menstruationsbeschwerden, Abbrüche, Gebärmutterentfernung?: \_\_\_\_\_)

**Für Männer:**

Haben/ Hatten Sie Beschwerden mit der Prostata/Miktionsstörung/Dickdarm-Ca? \_\_\_\_\_

**Zum Immunsystem/ Ermüdung/ Erschöpfung/ Leistungsabfall?! ( ) ja ( ) nein**

Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber über 38°C? \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihr Stuhlverhalten?** Blähungen/ Durchfall/ Verstopfung/ Reizdarm? \_\_\_\_\_

**Ernährung: Welche Lebensmittel essen Sie?** Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten? \_\_\_\_\_

Wenn ja? Welche? \_\_\_\_\_

**Fleisch ?** Wie oft pro Woche ( ) **Kuhmilchprodukte ?** ( ) **vegetarisch** ( ) **vegan** ( ) **glutenfrei** ( )

**Haben Sie Allergien:** LM, Heuschnupfen/ Hausstaub?  
\_\_\_\_\_

**Autoimmunerkrankungen** (Hashimoto, R. Arthritis?) \_\_\_\_\_

### Organanamnese:

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie Beschwerden/Störungen folgender Zustände haben?

Kopfschmerzen ( )	Herzschwäche ( )	Empfindungsstörungen in Beinen ( )	Augenprobleme ( )
Migräne ( )	hoher Blutdruck ( )	Schilddrüsenüberfunktion ( )	Rheuma/Arthrose ( )
Schwindel ( )	Schlaganfall ( )	Schilddrüsenunterfunktion ( )	Ohrgeräusche/Tinnitus ( )
Bewusstlosigkeit ( )	Parodontitis ( )	Verdauungsstörungen ( )	Magenbeschwerden ( )
Stuhlgang(Verstopf./ Durchfall) ( )		Diabetes mellitus ( )	Leber / Bauchspeichel ( )
Herzkrankheiten ( )	Lungenerkrankung ( )	Nierenerkrankung ( )	_____ ( )

Kieferprobleme ( ) Rückenbeschwerden ( ) Knie-/ Hüftbeschwerden ( ) HWS-BWS ( )

Alle Ihre Daten werden vertraulich behandelt, vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte bringen Sie gerne einen letzten aktuellen Blutbefund oder Gesundheitscheck ab mit als Kopie oder andere wichtige Befunde.

**Telefonische Sprechzeiten zur Terminvereinbarung:** Mo – Fr: 13.00 - 14.00 Uhr außer Do: 14 - 15.00 Uhr  
Bitte beachten Sie, dass die Terminvereinbarungen verbindlich sind und mind. **48 Stunden vorher** abgesagt werden müssen!

**Terminabsagen bitte nur unter: 0157 - 74670557!**

