



Sybille Veith

Heilpraktikerin

Praxis für Schmerz-
und Bewegungstherapie

t.0157 - 746 70 557

post@sybille-veith.de

schnmerztherapie-lnb-freiburg.de

Patientenfragebogen

Name/ Vorname: _____

Adresse: _____

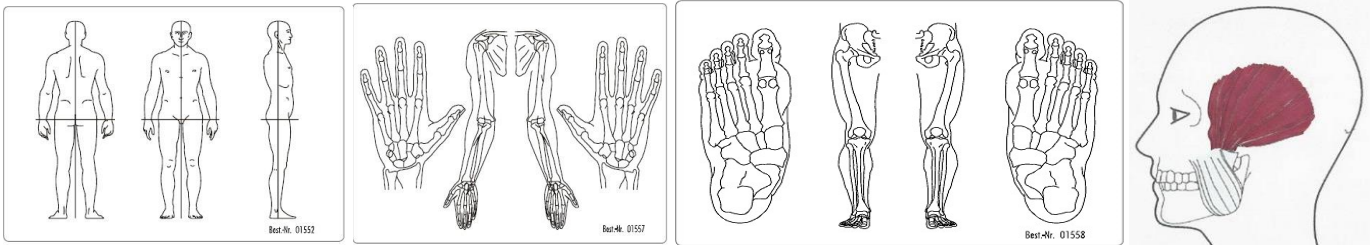
Größe/Gewicht: _____ Geburtstag: _____

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!

