

Patientenfragebogen:

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kinder (Alter?): _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Wochenstunden: _____

Davon _____ % sitzend _____ % stehend _____ % in Bewegung

Haben Sie früher nein

einen anderen ja

Beruf/Tätigkeit

ausgeübt?: _____

Welchen? _____

Gründe für den

Berufs-/

Tätigkeitswechsel: _____

Sport:

Welche Art von Sport

treiben Sie? _____

Wieviel

Stunden/Woche? _____

Haben Sie früher

einen anderen Sport

intensiv betrieben? _____

Freizeitbeschäftigung

Welchen

Freizeitbeschäftigung

gehen Sie nach? _____

Wieviel

Stunden/Woche? _____

Davon bin ich

_____ % sitzend,

_____ % stehend,

_____ % in Bewegung,

_____ % in Bauch- oder Seitlage

Schlafen

Wieviel

Stunden/Nacht _____

Haben sie nein

Schlafstörungen? Ja

Warum wachen Sie

nachts auf?

Wie ist die Rückenlage

Seitenlage

Schlafstellung? Bauch/ Seitenlage

Bauchlage

Benutzen Sie ein nein

Kopfkissen? ja,

hochgestelltes ja nein

Fußteil?

hochgestelltes ja nein

Kopfteil?

Weitere Hilfsmittel ? nein ja,

Behandelnder Arzt
Ärztliche Diagnose

**Krankheitsvorge-
schichte:**

**Haben Sie als Kind/
Jugendlicher/Heran
wachsender
orthopädische
Hilfsmittel getragen/
benutzt?**

Schuheinlagen

Korsett

Spreizhose

sonstige

wie lange?

nein, keine

Nachtschienen zur
Fußkorrektur

Spezialschuhe

Zahnsperre

**Welche dieser
Hilfsmittel benutzen
Sie momentan?**

Sehhilfen

**Benutzen Sie eine
Sehhilfe?**

nein

ja

Wenn ja, tragen sie

Kontaktlinsen eine Brille

Wenn ja, sind sie

kurzsichtig? weitsichtig?

**Datum der letzten
Augenuntersuchung**

**Neigen Sie dazu sich
den Fuß zu vertreten?**

nein

ja, sehr oft

ja _____/Monat

**Welche Verletzungen
haben Sie schon
erlitten?**

Jahreszahl, Art der Verletzung:

**Mußten Sie sich
schon Operationen
unterziehen?**

nein

ja

Jahreszahl, Art der Operation

**Haben Sie
Erkrankungen der
inneren Organe?**

nein ja

Jahreszahl, Art der Erkrankung:

Zahninformationen:

Liegen _____

Zahnprobleme/
Fehlstellungen vor? _____

Tragen Sie eine
Beißschiene? nein ja

Jetzige Beschwerden:

Schilderung der

Beschwerden/

Schmerzen, die zum
Arztbesuch geführt
haben? _____

Seit wann bestehen
diese Beschwerden,
Was war ihrer
Meinung nach der
Auslöser? _____

Wann treten die
Schmerzen auf?

morgens

abends

im Laufe des Tages

immer

am Wochenende

Wetterabhängig

nach folgender Belastung/Tätigkeiten

bei folgenden
Bewegungen: _____

bei folgenden
Haltungen: _____

Können Sie die Be-
schwerden/Schmer-
zen beeinflussen?

nein

ja,

Durch was? _____

**Schilderung früherer
Beschwerden**

Jahreszahl,

welcher Art,

wie lange bestanden
sie, _____

wie wurden sie
beseitigt? _____

Nehmen Sie
Medikamente?

nein

ja,

Welche? _____

Diese Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!