

EINTRITTSFRAGEBOGEN

Name	Vorname
Beruf	Hobbys
Telefon Privat	Mobile
E-Mail	Geburtsdatum

Befinden Sie sich momentan in Behandlung bei einem/einer:

Arzt/Ärztin	TCM/Chinesische Medizin
Osteopathen*in	Homöopathen*in
Chiropraktor/Chiropraktikerin	Physiotherapeut*in

Wann war Ihre letzte Konsultation (Arztbesuch)?

Wegen welchem Leiden haben Sie eine der oben genannten Praktiker aufgesucht?

Trifft oder traf eine oder mehrere dieser Diagnosen auf Sie zu?

Krebs	Thrombose
Bluthochdruck	Osteoporose
Arthrose	Herzerkrankung
Arthritis	Diabetes Mellitus

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren operative Eingriffe?

Ja Nein

Falls Ja, welche und wann (Monat+Jahr)?

Hatten Sie in den letzten 10 Jahren einen Unfall z.B. Auffahrunfall oder eine grössere Verletzung?

Datum	Verletzung
Datum	Verletzung
Datum	Verletzung

Ist in Ihrer Familie (Eltern, Bruder oder Schwester) eine oder mehrere dieser Diagnosen bekannt?

Krebs	Thrombose
Bluthochdruck	Osteoporose
Arthrose	Herzerkrankung
Arthritis	Diabetes Mellitus

Rauchen Sie?

Ja Wieviele Zigaretten pro Tag?

Nein Sie sind Nichtraucher, seit wann?

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein (ungefähre Bezeichnung)?

	Morgen	Mittag	Abend
	Morgen	Mittag	Abend
	Morgen	Mittag	Abend

Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Monaten eine Cortison Infiltration durchgeführt?

Ja Nein

Falls Ja, wann, wo und von wem?

Datum	Gelenk	Arzt/Ärztin
Datum	Gelenk	Arzt/Ärztin
Datum	Gelenk	Arzt/Ärztin

Kreuzen Sie folgende Symptome an, welche für Sie «neu, ungewöhnlich und atypisch» sind:

Gleichgewichtsstörungen	Schluckbeschwerden
Übelkeit	Menopause
Schwindel	Inkontinenz
Doppelbilder	Probleme beim Wasserlösen
Müdigkeit	Schwangerschaft oder evtl. Schwangerschaft
Schwächegefühl	Stress bei der Arbeit und/oder Zuhause
Fiebrig, kaltschweissig, schwitzen	Sprechstörungen
Sensibilitätsstörungen	Sturzattacken
Schlafstörungen/Nachtschmerzen	Taubheit
Gelenkschmerzen/Gelenkschwellungen	Gleichgewichtsstörungen

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Physiotherapeut*in