

## Fragebogen zu Vorerkrankungen



**SEBASTIAN BRENDEL**  
PRIVATPRAXIS FÜR FUNKTIONELLE MEDIZIN

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie zu uns ? Seit wann bestehen diese ?

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Schmerzmittel ? Pille ? Vitamine ?

---

---

Rauchen Sie? Ja  Nein  Menge \_\_\_\_\_

Kaffeekonsum Ja  Nein  Menge \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen

Bluthochdruck  Herzrhythmusstörungen

Diabetes Typ I / II  Neurodermitis

Rückenschmerzen  Spinalkanalstenose

Darmbeschwerden  Krebserkrankung

Fibromyalgie  Rheuma

Depression  Burn Out / Erschöpfung

Sonstige \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN**

Allergien / Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_

Vor – Operationen (bitte mit ungefährender Jahres- oder Altersangabe)

Nase / Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	Paukenröhrchen	<input type="checkbox"/>
Mandeln	<input type="checkbox"/>	Zahn – OPs	<input type="checkbox"/>
Galle	<input type="checkbox"/>	Unterleib / Prostata	<input type="checkbox"/>
Blinddarm	<input type="checkbox"/>	Dünn / Dickdarm	<input type="checkbox"/>
Knie- / Hüftprothese	re / li	Arthroskopie	<input type="checkbox"/>

Sonstige Operationen \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Wie oft waren Sie schwanger ? \_\_\_\_\_

Entbindung      Spontan            Kaiserschnitt     

Wie viele Kinder haben Sie ? \_\_\_\_\_

Wie war Ihre eigene Geburt ?

Spontan            Kaiserschnitt     

Frühgeburt            Welche SSW ? \_\_\_\_\_

Was ist Ihr persönliches Therapieziel ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_