**Fragebogen zu Vorerkrankungen**

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 ungefährer Jahres- oder Altersangabe)

Nase / Nebenhöhlen □ Paukenröhrchen □

Mandeln □ Zahn – OPs □

Galle □ Unterleib / Prostata □

Blinddarm □ Dünn / Dickdarm □

Knie- / Hüftprothese re / li Arthroskopie □

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 ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_