

Fragebogen zu Vorerkrankungen

Vorname _____

Name _____

Geb.-Datum _____



SEBASTIAN BRENDEL
PRIVATPRAXIS FÜR FUNKTIONELLE MEDIZIN

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 _____

Allergien / Unverträglichkeiten _____

Impfungen

Tetanus/Diphtherie Maser/Mumps/Röteln

FSME Covid 19

BITTE WENDEN

Tollwut Tuberkulose
Gebärmutterhalskrebs Lungenentzündung

Gab es hier Nebenwirkungen?

Armschmerzen Müdigkeit Herzprobleme
Muskelschmerzen Allergie Sonstiges _____

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

Nase/Nebenhöhlen Paukenröhrchen
Mandeln Galle
Dünn / Dickdarm Unterleib / Prostata
Blinddarm Arthroskopie
Knie- / Hüftprothese re / li Zähne (z.B Weißheitszähne)
Zahnwurzelbehandlungen Zahnimplantate
Sonstige Operationen _____

Unfälle/Knochenbrüche/Sportverletzungen

(bitte mit ungefähigem Ausmaß der Behandlungen, Operationen usw.)

Wie war Ihre eigene Geburt ?

Spontan Kaiserschnitt Frühgeburt

Bei Frauen: Wie oft waren Sie schwanger ?

Entbindung Spontan Kaiserschnitt

Wie viele Kinder haben Sie ? _____

Was ist Ihr persönliches Therapieziel ? _____
