

PERSÖNLICHE KRANKENGESCHICHTE

Name des Patienten _____ Geburtsdatum _____ Datum _____

Füllen Sie das folgende Formular vor Ihrem Beratungsgespräch aus und senden Sie es per E-Mail an die oben genannten Kontaktdaten. Nach Erhalt des Fragebogens werden wir uns per E-Mail mit Ihnen in Verbindung setzen, um Ihren ersten Beratungstermin zu vereinbaren. Bitte füllen Sie den Fragebogen zur Gesundheitsgeschichte aus. Falls Sie Testergebnisse usw. haben, können Sie gerne Kopien mit allen relevanten Informationen beifügen, die hier nicht aufgeführt sind. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt. Bitte kreuzen Sie den Grad aller Erkrankungen an, an denen Sie derzeit leiden oder gelitten haben. Um Ihren Fall verantwortungsvoll behandeln zu können, benötigen wir Ihre vollständige Krankengeschichte.

O = Gelegentlich			F = Häufig			C = Konstant		
O	F	C	O	F	C	O	F	C
Muskeln / Gelenke ☐ ☐ ☐ Arthritis ☐ ☐ ☐ Schleimbeutelentzündung ☐ ☐ ☐ Fußprobleme ☐ ☐ ☐ Hernie ☐ ☐ ☐ Schmerzen im unteren Rückenbereich ☐ ☐ ☐ Hexenschuss ☐ ☐ ☐ Nackenschmerzen, Steifheit ☐ ☐ ☐ Schmerzen zwischen den Schultern			Haut ☐ ☐ ☐ Geschwüre ☐ ☐ ☐ Blutergüsse ☐ ☐ ☐ Trockenheit ☐ ☐ ☐ Ausschläge oder Allergie ☐ ☐ ☐ Juckreiz ☐ ☐ ☐ Hauterscheinungen (Ausschlag) ☐ ☐ ☐ Krampfadern (Varizen)			Kardiovaskulär ☐ ☐ ☐ Verhärtung der Arterien ☐ ☐ ☐ Hoher Blutdruck ☐ ☐ ☐ Niedriger Blutdruck ☐ ☐ ☐ Schmerz über Herz ☐ ☐ ☐ Schlechte Durchblutung ☐ ☐ ☐ Schneller Herzschlag ☐ ☐ ☐ Langsamer Herzschlag ☐ ☐ ☐ Geschwollene Knöchel		
Allgemein ☐ ☐ ☐ Allergie ☐ ☐ ☐ Schüttelfrost ☐ ☐ ☐ Konvulsionen ☐ ☐ ☐ Schwindel ☐ ☐ ☐ Ohnmacht ☐ ☐ ☐ Ermüdung ☐ ☐ ☐ Fieber ☐ ☐ ☐ Kopfschmerzen ☐ ☐ ☐ Schlafentzug ☐ ☐ ☐ Gewichtsabnahme ☐ ☐ ☐ Nervosität, Depressionen ☐ ☐ ☐ Neuralgie ☐ ☐ ☐ Taubheitsgefühl ☐ ☐ ☐ Schwitzen ☐ ☐ ☐ Zittern			Schmerzen oder Taubheitsgefühl in ☐ ☐ ☐ Schultern ☐ ☐ ☐ Armen ☐ ☐ ☐ Ellbogen ☐ ☐ ☐ Hand ☐ ☐ ☐ Hüfte ☐ ☐ ☐ Beine ☐ ☐ ☐ Knie ☐ ☐ ☐ Füße ☐ ☐ ☐ Schmerzhaftes Steißbein ☐ ☐ ☐ Schlechte Körperhaltung ☐ ☐ ☐ Ischias ☐ ☐ ☐ Wirbelsäulenverkrümmung ☐ ☐ ☐ Geschwollene Gelenke			Atemwege ☐ ☐ ☐ Schmerzen in der Brust ☐ ☐ ☐ Chronischer Husten ☐ ☐ ☐ Schwierige Atmung ☐ ☐ ☐ Spucken von Blut ☐ ☐ ☐ Spucken von Schleim ☐ ☐ ☐ Keuchen		
						Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, fü wie viele Monate? _____		

Beschreiben Sie Ihr Problem, wenn Sie eine Skoliose haben, geben Sie den Grad und die Art der Krümmung an:

Wie lange haben Sie diese Krankheit schon?	Wird es schlimmer? ☐ Ja ☐ Nein
Stört es Sie bei (Zutreffendes ankreuzen): ☐ Arbeit ☐ Schlaf ☐ Sonstiges (bitte angeben)	
Was schien die ursprüngliche Ursache zu sein?	
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, aus welchem Grund?	
Waren Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, für eine größere Operation? ☐ Ja ☐ Nein Oder für schwere Verletzungen? ☐ Ja ☐ Nein	
Hatten Sie schon einmal psychische oder emotionale Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann?	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? ☐ Anti-Baby-Pille ☐ Beruhigungsmittel ☐ Schmerzmittel ☐ Andere (bitte angeben)	
Tragen Sie: ☐ Absatzserhöhlungen? ☐ Sohlenerhöhlungen? ☐ Innensohlen? ☐ Flächenstützen? ☐ negative Fersen? ☐ Plateauschuhe ☐	
Wie verbringen Sie den größten Teil Ihren Tages? ☐ stehend ☐ sitzend ☐ gehend ☐ andere (bitte angeben)	



- <https://scoliolife.com/>

Wenn ja, bitte kurz erläutern.

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

□ □

Länger

9

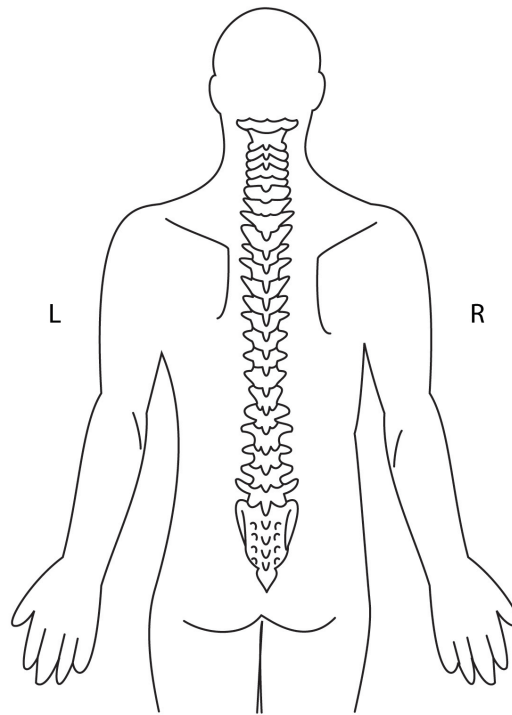
9

9

Verwandschaft	AKTUELLE UND FRÜHERE GESUNDHEITSPROBLEME

[illegible]

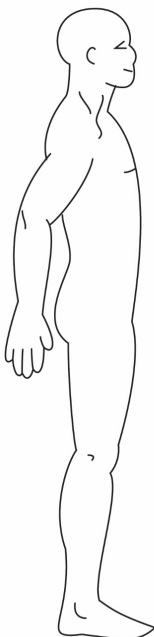
Zeichnen Sie Ihre Skoliose, wenn möglich.



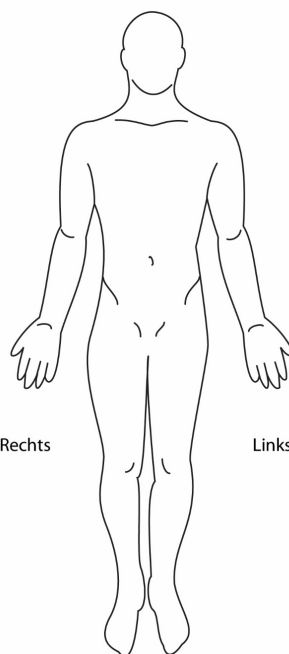
Rückansicht

Bitte markieren Sie die Bereiche, in denen Sie Schmerzen haben, auf den unten stehenden Abbildungen.

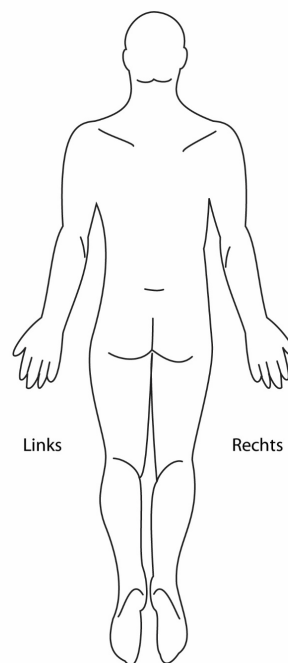
Symbol	Taubheit	Kribbeln	Spannung	Schmerzen
	OOOOO	●●●●●	XXXXX	VVVVV



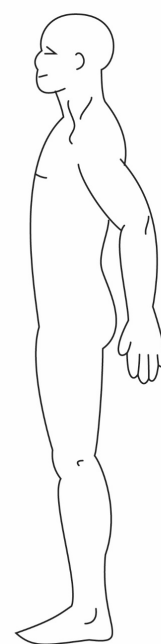
Rechts



Vorne



Hinten



Links