


Vorname: Nachname: Geb.-Datum:	Patientenfragebogen  Dr. med. Rolf Hansen <small>Facharzt für Orthopädie und Unfalltherapie Chirotherapie, Rheumatologie, Akupunktur Osteopathie, Sportmedizin, Unfallarzt der BG</small>
--------------------------------------	---

Wir bitten Sie, folgende **Fragen** sorgfältig zu beantworten. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Größe: _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg** **Rentner? Früherer Beruf** _____

<p>Wo sind ihre Hauptbeschwerden? (z.B. rechte Hüfte) Zeichnen Sie bitte ein, wo Sie Schmerzen haben. → Wie stark sind durch diese Beschwerden Ihre Lebensqualität beeinträchtigt? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0=nicht bis 10=unerträglich)</p>	
---	--

Seit wann haben Sie diese **Hauptbeschwerden** seit _____

Sind die Beschwerden (z.B. Schmerzen)

- Momentan keine Selten, gelegentlich (d.h. 2-4x/Jahr) Häufig (mehr als 4x/Jahr)
 Nur tagsüber bei Belastung Nur nachts Ständig Tag und Nacht

Sind Ihre Beschwerden momentan, jetzt, heute (Bitte ankreuzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 keine bis 10 unerträglich)

Sind sie momentan arbeitsunfähig? Ja, seit wann _____ Nein

Besteht ein Rentenverfahren? Ja Nein **Sind sie schwerbehindert?** Nein Ja _____ % GdB

Ist ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder möchten sie ihn beantragen? Ja Nein

Gibt es noch weitere Beschwerden, weswegen Sie zu mir kommen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Sind Ihre Beschwerden auf einen Unfall zurückzuführen? Nein Ja

Wann war der Unfall? _____

Gibt es ein aktuelles **Röntgenbild, MRT, CT oder Szintigramm** des Skelettes?

Welcher Körperteil? Wann?

1. _____ 2. _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes mellitus (Blutzuckererkrankung) Angina pectoris Bluthochdruck
 Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) rheumatische Erkrankungen
 Sonstige Herzerkrankungen Lebererkrankung Krampfadern Nierenerkrankung
 Krebserkrankung Durchblutungsstörungen Fieber
 Magen-Darm-Erkrankung, Magengeschwür Schilddrüsenunterfunktion
 Schilddrüsenüberfunktion Sonstige Erkrankungen: _____
 Keine

Nehmen Sie Blutverdünner? Marcumar Pradaxa ASS _____

Bitte wenden!

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein

Ja _____

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Nein

Ja _____

Leiden Sie an Allergien? Nein

Ja _____

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? _____

Fragen zum Gebiss: Zahnsperre? fest lose Knirscherschiene? Ja Nein

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

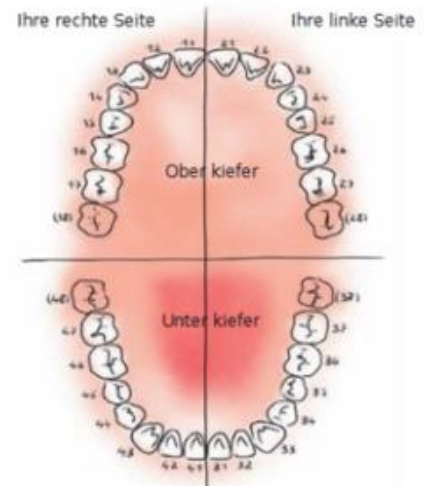
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Empfindliche Zähne auf:
 - heiß kalt
- Parodontose/Parodontitis

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?
 Ja Nein

- Zahnfüllmaterialien:
- Amalgam Gold
 - Titan Kunststoff
 - Keramik Palladium
 - Implantate

- Kiefergelenke:
- Schmerzen
 - Geräusche beim Kauen
 - Blockade
 - Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Bitte informieren Sie uns bei gravierenden Änderungen!

Datum: Unterschrift: