

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE
Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN
Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26 Telefon 0531 43911
38100 Braunschweig FAX 0531 124687

<https://schlippert.de> E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben sind freiwillig.
Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung für Sie
auszuwählen. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht.

| | | | |
|-----------------|----------------------|----------------|---|
| Nachname | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | Geschlecht | <input type="radio"/> w <input type="radio"/> m <input type="radio"/> d |
| Anschrift | <input type="text"/> | PLZ | <input type="text"/> |
| Tel. Mobil | <input type="text"/> | Tel. privat | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> | | |

Weswegen kommen Sie? wegen

z.B. Wo haben Sie Schmerzen? Wie stark sind die Schmerzen auf einer VAS 0-10?

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Strahlen die Beschwerden in nein ja, wohin ich weiß nicht

Wie ist der Verlauf der Beschwerden? stärker werdend gleichbleibend schwächer werdend

Seit mehr als 1 Tag bis 1 Woche Seit 1 Woche bis 3 Wochen Seit 1 bis 3 Monaten

Seit mehr als 3 Monaten Seit mehr als 6 Monaten Seit weniger als 24 Stunden

Seit wann haben Sie die Beschwerden bzw. Schmerzen?

Bei wem waren Sie mit den Beschwerden schon vorstellig? beim Hausarzt Orthopäden / Unfallchirurgen**

Krankenhaus** Chiropraktor Physiotherapeu Heilpraktiker Osteopath

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig erwerbsunfähig arbeitssuchend Seit wann?

Die nächsten zwei Fragen sind nur für Frauen

Sind Sie schwanger? nein ja Wenn ja, in welchem Monat?

ja Sind Sie in der Menopause? nein ja Wenn ja, seit wann?

Wurden wegen den Beschwerden schon Untersuchungen durchgeführt?

Wenn ja, wann, was und wo? **

Röntgen, MRT etc? ** Welches Gelenk, WS? Wann? Von wem?

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Laboruntersuchungen** ect.? nein ja

**** wichtig - bringen sie alle schriftlichen Befundberichte mit zur Sprechstunde!!**

Ihre Gesundheit ist uns wichtig

FÜR IHRE SINNE
Silvana Schlippert
Fachärztin für
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

DAMIT SIE IN BEWEGUNG BLEIBEN
Dr. Ulrich Schlippert
Facharzt für
Orthopädie - Sportmedizin - Chirotherapie

Steinweg 26 Telefon 0531 43911
38100 Braunschweig FAX 0531 124687

<https://schlippert.de> E-Mail praxis@schlippert.de

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie versucht sich selbst zu helfen, mit was und welchen Erfolg? nein ja

| |
|--|
| |
| |
| |

Hatten Sie wegen Ihren Beschwerden schon eine Operation, Krankengymnastik, Akupunktur etc.
Wenn ja, mit welchem Erfolg?

| |
|--|
| |
|--|

Haben Sie Schmerzmittel eingenommen? nein ja. mit welchem Erfolg?

| eingenommene Schmerzmittel | Mit welchem Erfolg | Schmerzmittel wurde wegen Nebenwirkung abgesetzt |
|----------------------------|--------------------|--|
|----------------------------|--------------------|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Was sind die Erwartungen an den Besuch? Mehrfachnennung sind möglich

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Was sind Ihre Befürchtungen?

| |
|--|
| |
|--|

Möchten Sie uns noch etwas bezgl. Ihrer Beschwerden mitteilen?

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift