

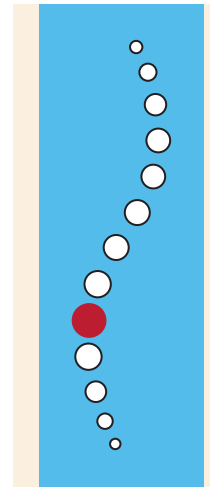
Dr. med. Hans-Jörg Hauser  
Privatpraxis für Chirotherapie

Klepperstraße 28  
D 83026 Rosenheim

Tel: +49 (0) 8031 / 382929  
Fax: +49 (0) 8031 / 382830

chiro-hauser-weiss@t-online.de  
www.dr-hauser-rosenheim.de

Termine nach Vereinbarung



Gesundheitsfragebogen

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihre **aktuellen** Beschwerden (keine Diagnosen oder Befunde sondern Ihre Schmerzen und Einschränkungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Platz für weitere Angaben auf Seite 2, Mitte

Das **aktuelle** Leiden wurde / wird behandelt mit: \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Ist eine der folgenden Krankheiten bekannt? Arthrose  wo: \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfall  wo: \_\_\_\_\_ operiert:  JA  NEIN

Osteoporose  Knochendichtemessung:  JA  NEIN Wann? \_\_\_\_\_

Kopfschmerz  Wie oft: \_\_\_\_\_ Nächtliches Zähneknirschen

Sind Sie im letzten Jahr gestürzt?  Wie oft: \_\_\_\_\_ Knicken Sie leicht um?  JA  NEIN

Unfälle mit Folgeschäden: \_\_\_\_\_

Operationen am Bewegungsapparat: \_\_\_\_\_ Künstliche Gelenke

Schuheinlagen  \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Zahnstatus: \_\_\_\_\_

**Sonstige Krankheiten:** Diabetes  Bluthochdruck  Angina pectoris  Herzrhythmusstörungen  Herzinfarkt

Herzinsuffizienz  Rheuma  Gicht  Asthma / Bronchitis / COPD  Tumorleiden  Nervenleiden

Schwindel  Gemütsleiden  Gefäßleiden  Beckenbodenschwäche  Harninkontinenz  Allergien

**Andere Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Andere Operationen:** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie folgende Medikamente: Schmerzmittel  Blutdruckmittel  Herzmittel  Blutverdünnung

Kortison  Tabletten gegen Blutzucker oder Insulin  Andere: \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie diese Krankheiten: Osteoporose  Arthrose  Bandscheibenleiden  Rheuma

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport:  Wie häufig pro Woche: \_\_\_\_\_ Freizeitsport  Leistungssport

Ihre Sportarten: \_\_\_\_\_

Was möchten Sie mit der ärztlichen Behandlung erreichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin auf Ihre Praxis aufmerksam geworden durch:

Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Überweisung durch: \_\_\_\_\_

Internetsuche

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Mein derzeit behandelnder Arzt:** \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anamnese:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_