



Dr. Pavlína Raisl

Praxis für Orthopädie und  
ganzheitliche Schmerztherapie

# Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Privatkasse (nur für Privatversicherte) \_\_\_\_\_ Tarif \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Erwerbstätig  ja  nein Wochenarbeitszeit \_\_\_\_ Std.

Tätigkeit überwiegend  körperlich  stehend  geistig  sitzend

## Aktuelle Beschwerden / Probleme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_

## Ihre aktuelle Medikation (auch Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Homöopathie, Schüssler Salze)

Was	morgens	mittags	abends	nachts

## Allergien / Unverträglichkeiten / Überempfindlichkeiten

\_\_\_\_\_

Schwangerschaft  ja  nein Größe \_\_\_\_\_ cm

Vorbefunde  ja  nein Gewicht \_\_\_\_\_ kg  
(z.B. Röntgen, MRT, CT)

## Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Empfehlung Ihres Arztes \_\_\_\_\_  Internet / Homepage  
 Verwandte / Freunde \_\_\_\_\_  Presse \_\_\_\_\_

## Möchten Sie von uns an Ihre Kontrolluntersuchungen (Labor etc.) erinnert werden?

Ja  Nein  E-Mail \_\_\_\_\_  Telefon  Fax



# Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Viele Menschen sind krank. Dies kann auch Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitte ich um Ausfüllung des Erhebungsbogens. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, Kontraindikationen (Krankheiten die gegen eine Therapie sprechen) auszuschließen. Ihre Daten werden elektronisch gespeichert und unterliegen dem Datenschutz.

## Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt: (Bitte ankreuzen)

Krankheit	Genauere Eingrenzung	
<b>Herzerkrankungen</b>	Herzschwäche	
	Unregelmäßiger Herzschlag	
	Angina Pectoris	
	Sonstiges:	
<b>Kreislaufferkrankungen</b>	zu hoher Blutdruck	
	zu niedriger Blutdruck	
	Zustand nach Herzinfarkt	
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	
	Neigung zu Thrombose (Venenentzündung)	
<b>Vegetative Erkrankungen</b>	Ohnmachtsanfälle	
	Aufwallungen	
	Häufiges Unwohlsein	
	Einnahme von Tranquilizern oder Beruhigungsmittel (Valium etc.)	
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	
	Magen-Darmerkrankungen	
	Schilddrüsenerkrankungen	
	Sonstiges:	
<b>Bluterkrankungen</b>	Blutungsneigung	
	Blutarmut (Anämie)	
	Sonstiges:	
<b>Allergien</b>	Ekzeme (Hautausschlag)	
	Penicillin-Überempfindlichkeit	
	Sonstiges (z. B. Heuschnupfen):	
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>	Epileptiforme Anfälle	
	Krämpfe	
	Zittern	
<b>Infektionskrankheiten</b>	Leberentzündungen, TBC, AIDS	
<b>Folgeerkrankungen nach Streptokokkeninfektion</b>	Rheumatische Erkrankungen	
	Nierenentzündungen	

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben