

## Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte beantworten Sie kurz und klar die nachfolgenden Fragen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Jetzige Beschwerden

1. Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt?

\_\_\_\_\_

2. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser?

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig?

\_\_\_\_\_

4. Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages?

\_\_\_\_\_

5. Gibt es Körperhaltungen/Tätigkeiten, in denen die Beschwerden besser oder schlechter werden?

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie Beschwerden in Begleitung der Schmerzen (z.B. Schwindel, Schlafstörungen, Antriebsmangel,...)?

\_\_\_\_\_

7. Kreisen Sie bitte ein, wie Ihre Schmerzen auftreten:

scharf, brennend, oberflächlich, krampfartig, wellenförmig, wechselhaft, einschließend, bohrend.

8. Kreisen Sie bitte ein, wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“\* für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht.

○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer,...)?  
Pflegen/ Versorgen Sie ein Familienmitglied?

---

10. Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Physiotherapie, Einrenken, Kur,...)?

---

11. Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt (z.B. Röntgen, CT, MRT, Ultraschall, neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch,...)? Ergebnis?

---

12. Gibt es noch Wichtiges, was nicht gefragt wurde?

---

## Allgemeine Fragen

1. Arbeiten Sie zurzeit? Tätigkeit (auch Hausfrau)?

---

2. Welche Hobbies haben Sie?

---

3. Haben/ hatten Sie allgemeine Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Lunge, HNO, Urogenital, Zucker, Schilddrüse, Allergien/Unverträglichkeiten,...)?

---

4. Für Frauen: haben Sie Kinder geboren? Wie viele ? Gab es Probleme (z.B. Kaiserschnitt, PDA, Ischias,...)?

---

5. Hatten Sie einen/mehrere Unfall/fälle (z.B. Sturz auf Gesäß, Umknicken, heftig aufgeschlagen o.ä., Autounfall)? Wann? Folgen?

---

6. Hatten Sie operative Eingriffe? Welcher Art? Wann?

---

7. Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Welche?

---

Zeichnen Sie bitte hier ein, wo Sie überall Schmerzen haben.

Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können Sie mit einem Pfeil (->) markieren.

