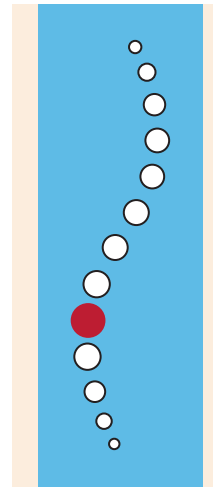


Dr. med. Martin Weiß
Privatpraxis für Chirotherapie

Klepperstraße 28
D 83026 Rosenheim
Tel: +49 (0) 8031 / 382929
Fax: +49 (0) 8031 / 382830
www.dr-weiss-rosenheim.de
dr.weiss-chiro@t-online.de
Termine nach Vereinbarung



Gesundheitsfragebogen

Vorname: _____ Name: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

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: _____

Ist eine der folgenden Krankheiten bekannt: Arthrose wo: _____

Bandscheibenvorfall wo: _____ operiert: JA NEIN

Osteoporose Knochendichtemessung _____ DXA / QCT / QUS _____

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

Unfälle mit Folgeschäden: _____

Operationen (Wirbelsäule / Schulter / Hüfte / Knie / Knöchel): _____

Leiden Sie an einer der genannten Krankheiten: Bluthochdruck Angina pectoris Herzrhythmusstörungen

Herzinfarkt Herzinsuffizienz Diabetes (Zucker) Rheuma Gicht Asthma / Bronchitis / Emphysem

Tumorleiden Nervenleiden Gemütsleiden Gefäßleiden Beckenbodenschwäche Harninkontinenz

Andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie folgende Medikamente: Schmerzmittel Blutdruckmittel Herzmittel Marcumar

Tabletten gegen Blutzucker oder Insulin Andere: _____

Gibt es in Ihrer Familie diese Krankheiten: Osteoporose Arthrose Bandscheibenleiden

Treiben Sie Sport: JA NEIN Wie häufig pro Woche: _____ oder gelegentlich Freizeitsport

Leistungssport Ihre Sportarten: _____

Was möchten Sie mit der ärztlichen Behandlung erreichen: _____

Datum _____ Hausarzt _____ Facharzt _____

Weitere Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand: _____
