**FRAGEBOGEN**

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

**Wir dürfen Sie herzlichst in unserer Gruppenpraxis für Orthopädie begrüßen. Um den optimalen Behandlungserfolg zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen leserlich auszufüllen.**

Ihr Name:

Vers.Nr./Geb.Datum: Hausarzt:

Ihre Adresse:

Tel.: Handy:

Zusatzversicherung:....................................................................................................................

E-Mail privat:

Wer soll im Notfall verständigt werden? / Name, Nummer:

◗ Unter welchen **Beschwerden** leiden Sie (wo, wie)?

◗ Seit wann?

◗ **Schmerzen** [ ]  Ja [ ]  Nein

 🡫

 ⭘ Dauerschmerz

 ⭘ Wechselnder Schmerz mit Pausen

◗ **Schmerzqualität**: (z. B. stechend, ziehend, drückend, krampfartig)

◗ Zu welcher Tageszeit, haben Sie die stärksten Schmerzen?

◗ **Ausstrahlung** [ ]  Ja [ ]  Nein

 🡫

 Wohin?

◗ **Nachtschmerz** [ ]  Ja [ ]  Nein

◗ Markieren Sie bitte, in welchem **Intensitätsbereich** sich ihr Schmerz **D E R Z E I T** befindet:

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

kein Schmerz l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l heftigster Schmerz

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

◗ Leiden Sie unter **Stress**? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

 kein Stress l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l viel Stress

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

◗ Wie fühlen Sie sich im Moment? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

 l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l ------ l

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

◗ Schlafen Sie gut? [ ]  Ja [ ]  Nein 🡪 ⭘ Probleme beim Einschlafen

 ⭘ Schwierigkeiten beim Durchschlafen

◗ Kennen Sie Ihre **Knochendichte**? [ ]  Ja [ ]  Nein

◗ Kennen Sie Ihren **BMI** (Body-Maß-Index)? [ ]  Ja [ ]  Nein

◗ Welchen **Beruf** üben/übten Sie aus? (**ODER**: arbeitslos, Krankenstand, Pensionsantrag, Pension)

◗ Welche **Vorerkrankungen** (Infektionskrankheiten, Zucker, Bluthochdruck, etc.) sind Ihnen bekannt?

◗ Welche **Operationen** hatten Sie bereits (allgemein)?

◗ Tragen Sie **Implantate** (künstliche Gelenke, Herzschrittmacher, etc)?

◗ Welche **Medikamente** nehmen Sie derzeit ein?

◗ Welche **Allergien** sind Ihnen bekannt?

◗ Machen Sie **Bewegung/Sport**? Wenn ja, welche Art und wie oft pro Woche?

◗ Waren Sie in letzter Zeit bei der **Vorsorgeuntersuchung**? [ ]  Ja [ ]  Nein

Datum Unterschrift Patient/in