

Patientenfragebogen Erwachsene

Name: Vorname:

Beruf: Frühere Berufe:

Hobbys/Sport:

Medikamente:

Vorherige Therapien:

Aktuelle Beschwerden

.....
.....

Frühere Beschwerden

Körper

Lendenwirbelsäule

Brustwirbelsäule

Halswirbelsäule

Kopf

Arme

Beine

Sonstiges

Organe

Leber/Galle

Magen

Herz/Lunge

Niere/Blase

Dünndarm/Dickdarm

Bauchspeicheldrüse/Milz

Gynäkologisch

Schilddrüse

Unfälle

.....

Operationen

.....

Sonstige Beschwerden

.....

.....