

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bestmöglich behandeln zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.  
Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor der Terminvergabe benötigen wir eine Überweisung von Ihrem Hausarzt sowie relevante Befunde, insbesondere die, die mit Ihrem Schmerzgeschehen in Zusammenhang stehen.  
Dazu zählen auch Befunde bildgebender Untersuchungen (keine Röntgenbilder als solche).

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

BG

Überweiser / Hausarzt: \_\_\_\_\_

Waren Sie schonmal in unserer Praxis:  ja  nein

Wenn ja, aus welchen Grund:

An welchen Körperstellen haben Sie Schmerzen?

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Welche weiteren Krankheiten haben Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell gegen Schmerzen ein?  
Welche haben Sie in der Vergangenheit eingenommen?

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_