



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Sport/Hobby: _____ Beruf: _____
Größe: _____ Gewicht: _____
E-Mail: _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

Herz- und Gefäßerkrankungen

- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Koronare Herzkrankheit (KHK)
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Aneurysma
- ☐ Krampfadern/Varizen
- ☐ Thrombose
- ☐ Blutkrankheiten
- ☐ Erhöhte Blutungsneigung
- ☐ Sonstiges:

Baucherkrankungen

- ☐ Gallenerkrankungen
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Magenbeschwerden
- ☐ Magen-/Darmgeschwür
- ☐ Verstopfung
- ☐ Durchfälle
- ☐ Blinddarm
- ☐ Kaiserschnitt
- ☐ Blasen-Nierenentzündungen
- ☐ Prostataleiden
- ☐ Frauenkrankheiten
- ☐ Sonstiges:

Hals-, Nase-, Ohren-, Augen-Krankheiten

- ☐ Mandelentzündung
- ☐ Zahnerkrankung
- ☐ Weisheitszahnentfernung
- ☐ Ohrgeräusche
- ☐ Mittelohrentzündung
- ☐ Nasen-
Nebenhöhlenentzündung
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Sehstörungen
- ☐ Grüner/Grauer Star
- ☐ Schwindel
- ☐ Sonstiges:

Infektionskrankheiten

- ☐ HIV (Aids)
- ☐ Hepatitis
- ☐ Tuberculose
- ☐ Rheumatisches Fieber
- ☐ Mumps
- ☐ Masern
- ☐ Röteln
- ☐ Gürtelrose/Herpes Zoster
- ☐ Scharlach
- ☐ Sonstiges:

Neurologische Erkrankungen

- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Krampfanfälle/Epilepsie
- ☐ Parkinson
- ☐ Hirnblutung
- ☐ Hirnhautentzündung
(Meningitis)
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Sonstiges:

Knochen- und Gelenkerkrankungen

- ☐ Rheuma
- ☐ Bandscheibenvorfall o.ä.
- ☐ Gleitwirbel
- ☐ Frakturen/Knochenbrüche
- ☐ Osteoporose
- ☐ Arthrose
- ☐ Sonstiges:

Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Diabetes mellitus
 - ☐ Typ I
 - ☐ Typ II
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Gicht
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Hashimoto
- ☐ Unverträglichkeiten
- ☐ Sonstiges:

Atemwegserkrankungen

- ☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Asthma
- ☐ Bronchitis
- ☐ Sonstiges:

Sonstige Erkrankungen

- ☐ Allergie
- ☐ Hautkrankheit
- ☐ Tumor
- ☐ Migräne
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Unfälle/Stürze/Trauma
- ☐ Operationen
- ☐ Sonstiges:

Lebensstil und sonstige Fragen

Haben Sie in letzter Zeit stark zu- oder abgenommen?

- ☐ Nein ☐ Ja, ich habe ____kg zugenommen ☐ Ja, ich habe ____kg abgenommen

Trinken Sie Alkohol?

- ☐ Nein ☐ Ja, gelegentlich ☐ Ja, regelmäßig _____

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja - pro Tag _____

Berufliche Tätigkeit:

- ☐ Sitzend ☐ Stehend ☐ Körperlich anstrengend

Haben Sie Stress/ psychische Belastungen?

- ☐ Nein ☐ Ja

Besteht/Bestand eine Schwangerschaft?

- ☐ Nein ☐ Ja - welche Woche? _____

Haben Sie Metall im Körper?

- ☐ Nein ☐ Ja - wo? _____

Haben Sie Narben?

- ☐ Nein ☐ Ja

- sind diese missempfindlich?

- ☐ Nein ☐ Ja - welche? _____

Andere Medikamente/Hormonpräparate/Antibabypille:

(falls vorhanden bitte Medikamentenplan mitbringen)

Die Fragen zur Krankengeschichte und Risikofaktoren habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Eine Haftung der Praxis Main Vital Physiotherapie und ihrer Mitarbeiter ist aufgrund lückenhafter Angaben oder deren Folgen hiermit ausgeschlossen. Ich willige in die physiotherapeutische Behandlung ein und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für Behandlungszwecke gespeichert und verarbeitet werden.

Datum: _____ Unterschrift Patient/Vertreter: _____