

## **Fragebogen Jugendlicher/ Erwachsener**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Beruf:

Telefon:

Krankenkasse::

### **Aktuelle Beschwerden:**

Was:

Wo:

Seit wann:

Auslöser:

Schmerzintensität: Skala 1-10:(1=wenig, 10=stark)

Arztkonsultation?  ja  nein

Wenn ja, was wurde diagnostiziert/therapiert?

Name behandelnder Arzt:

### **Weitere Beschwerden:**

Knochen/Gelenke:

Organe:

Neurologische Erkrankungen:

Gefäßerkrankungen:

Kiefergelenk/Kopf:

Operationen: Wo und wann?

Unfälle/Brüche: Wo und wann?

Allergien/Unverträglichkeiten?

Medikamenteneinnahme:  ja  nein

Welche und wofür?

Schwerwiegende/Erbkrankheiten in der Familie:

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer ersten Behandlung mit.  
Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

**Vielen Dank**

