

# Dr. Schyra

- Orthopädische Privatpraxis -

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ privat  ja  nein

Wenn Sie privat versichert sind, benötigen Sie eine Rechnung zur Vorlage bei der Kostenstelle?

ja  nein

Beihilfe ja  nein

Haben sie eine private Zusatzversicherung? ja  nein

Zur Person:

Haben Sie Kinder? ja  nein

Sind sie eher Optimist  Pessimist

Sind Sie bereit ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, um eine Verbesserung

ihrer Beschwerden zu erreichen? ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ihre Kontaktdaten werden absolut vertraulich behandelt und dienen Ihrer Sicherheit. Wir speichern Ihre persönlichen Daten nur zu internen Zwecken zur Rechnungsabwicklung. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Dr. Schyra mich über Briefe, Fax, Telefon und Nachrichten auf dem Anrufbeantworter informieren kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Dr. Schyra

- Orthopädische Privatpraxis -

Dieser Fragebogen besteht aus 2 Seiten. Bitte füllen sie ihn in Ruhe und gewissenhaft aus. Sollten Fragen entstehen, haben wir im Aufnahmegespräch genügend Zeit, diese miteinander zu besprechen.

Name, Vorname, \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

1. Was machen sie beruflich und was haben sie beruflich in der Vergangenheit gemacht?  
\_\_\_\_\_

2. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  ja  nein

Wenn ja, in der wievielten Woche sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

3. Haben Sie Osteoporose (Knochensalzminderung), Tumore/Geschwüre (Krebs)?  
\_\_\_\_\_

4. Sind in ihrer Familie chronische Krankheiten bekannt?  
\_\_\_\_\_

5. Schlafen Sie gut und in welcher Position?  
\_\_\_\_\_

6. Wieviele Stunde verbringen Sie pro Tag an elektronischen Geräten (PC, Smartphone, Fernseher etc.)?  
\_\_\_\_\_

7. Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie am Tag?  
\_\_\_\_\_

8. Wie viel Tassen schwarzen o. grünen Tee/Kaffee/Tag?  
\_\_\_\_\_

9. Trinken Sie Alkohol? Wieviel pro Tag/Woche/Monat?  
\_\_\_\_\_

10. Rauchen Sie und wenn ja, wieviel am Tag?  
\_\_\_\_\_

11. Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bringen sie ggf. einen Medikamentenplan des Hausarztes mit)  
\_\_\_\_\_

12. Für Frauen: Nehmen sie die Antibabypille ein?  
\_\_\_\_\_

13. Machen Sie regelmäßig Sport? Welche Sportart? Wie oft in der Woche?  
\_\_\_\_\_

14. Hatten Sie Unfälle oder Stürze in der Vergangenheit?  
\_\_\_\_\_

15. Wie verlief Ihre eigene Geburt? Spontangeburt/Kaiserschnitt/ Saugglocke/Wehentropf/PDA  
\_\_\_\_\_

16. Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (auch Zahnbehandlungen >30 Min.)  
\_\_\_\_\_

17. Haben Sie Kopfschmerzen oder auch Schwindel?  
\_\_\_\_\_

Dr. Schyra

- Orthopädische Privatpraxis -

18. Haben Sie Probleme mit den Nasennebenhöhlen oder den Ohren?  
\_\_\_\_\_
19. Leiden Sie an Erkrankungen der Schilddrüse, Herz oder auch Bluthochdruck?  
\_\_\_\_\_
20. Haben Sie Verdauungsprobleme?  
\_\_\_\_\_
21. Neigen Sie zu Ängsten oder Panikattacken?  
\_\_\_\_\_
22. Haben Sie noch weitere Beschwerden?  
\_\_\_\_\_
23. Haben Sie körperliche Besonderheiten? Metalle im Körper? Künstliche Gelenke? Sind Wirbel verwachsen?  
\_\_\_\_\_

Ich versichere die Fragen nach besten Wissen und Gewissen beantwortet zu haben.

Denken Sie immer daran: Egal wie schlecht es Ihnen zur Zeit aufgrund der Beschwerden gehen mag, der Körper ist ein Wunderwerk. Er ist aus 2 Zellen entstanden und hat sich zu diesem Wunderwerk gebildet, welches nun diese Fragen liest und beantwortet.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_