

## Patientendaten

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße:	_____	Haus-Nr.:	_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
Alter:	_____ Jahre	Gewicht:	_____ kg

## Angaben zu Ihren aktuellen Lebensumständen

1. Bei welchen Ärzten sind Sie in Behandlung (mit Fachrichtung)?

---

---

---

---

2. Welche, gegen Ihre Beschwerden gerichteten Behandlungen wurden in den letzten sechs Monaten durchgeführt (z. B. Massagen, Spritzen, Krankengymnastik)?

---

---

---

---

3. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein (mit Dosisangabe)?

---

---

---

---

4. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was und wieviel?

---

---

---

---

5. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

---

---

---

---

6. Familiäre Situation (z. B. verheiratet, ledig, geschieden, Kinder)?

---

---

---

---

7. Geben Sie kurz Ihren beruflichen Werdegang an.

---

---

---

---

**8. Beziehen Sie derzeit Rente oder haben sie früher Rente bezogen?**

---

---

---

---

**9. Läuft ein Antrag auf Rehabilitation?**

---

---

---

---

**10. Haben Sie bereits eine Rehabilitation / Kur absolviert? Wenn ja, wann und wo?**

---

---

---

---

**11. Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig geschrieben? Wenn ja, durch wen und aufgrund welcher Erkrankung? Seit wann genau?**

---

---

---

---

**12. Schildern Sie kurz Ihre derzeitigen Beschwerden.**

---

---

---

---

**13. Beschreiben Sie Ihre zuletzt beruflich ausgeübte Tätigkeit mit Ihren körperlichen und psychischen Belastungen.**

---

---

---

---

**14. Waren oder sind Sie in einer psychotherapeutischen Behandlung?**

---

---

---

---

**15. Wenn ja, wie lange und bei wem?**

---

---

---

---

**16. Werden Sie mit Psychopharmaka, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln behandelt?**

---

---

---

---

**17. Wenn ja, mit welchen und mit welcher Dosierung?**

---

---

---

---

---

Ort	17.04.2010	Unterschrift
-----	------------	--------------