

Kurzfragebogen HNO-Erkrankungen

Welche Beschwerden haben Sie? Weshalb kommen Sie zur Behandlung?

Seit wann? Wie oft? Wiederkehrend?

Gibt es Störungen von Geruch und/oder Geschmack? ja nein

Gibt es Nerverkrankungen? Andere Vorerkrankungen?

Gibt es Veränderungen an der Wirbelsäule? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

Wurden Sie bereits operiert? ja nein

Wenn ja, was wurde operiert und wann? Gibt es dazu Berichte/Bilder?

Welche Art der Therapie haben Sie schon versucht?

Allergien/Unverträglichkeiten/Besonderheiten? Welche Medikamente nehmen Sie ein (dauerhaft, ab und an)?

Was ist Ihr bzw. unser Ziel?

Name/Datum/Unterschrift Patient:
