

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil:

Email:

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/privat

Alter:

Beruf:

Sport/Hobby:

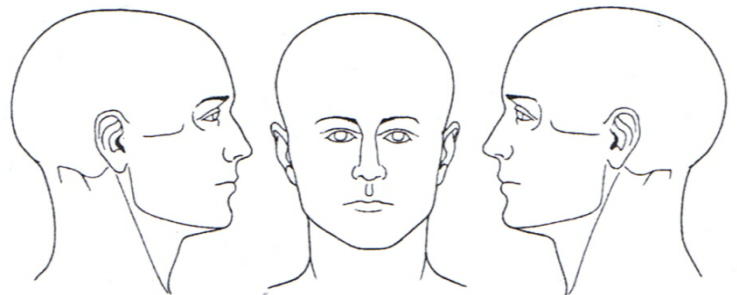
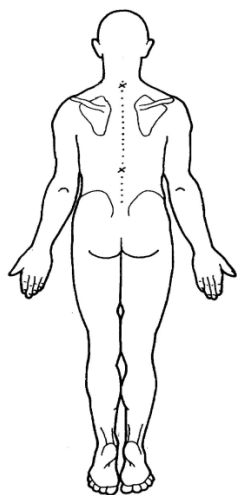
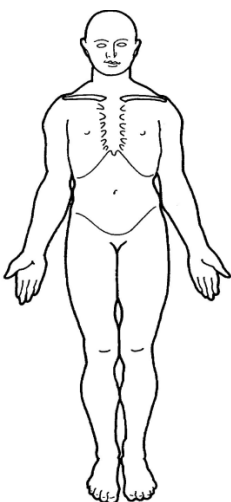
Hausarzt:

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Unterschrift:

Datum:

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Was sind ihre **Nebenbeschwerden**? _____

4.) Haben Sie **Schmerzen**?

ja nein



- 5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein
- 6.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)...? ja nein
- 7.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein
- 8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____
- 9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon? _____
- 10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden
(Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)? _____
- 11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung...)

- 12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz...)

- 13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
- 14.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
- 15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):
(Ich funktioniere überhaupt nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)
- 16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):
(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage, euphorisch)
- 17.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**
- 18.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden: _____

- 19.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):
Hauptbeschwerden: gleich/besser werdend/verschlechternd
Nebenbeschwerden: gleich/besser werdend/verschlechternd



- 20.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? Ja nein
- 21.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja nein
- 22.) Sind Sie **schwanger**? ja nein
- 23.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein
- 24.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen** ja nein
- 25.) Sind Sie **Diabetiker/in**? ja nein
- 26.) Haben Sie **Osteoporose**? ja nein
- 27.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein...)? ja nein
- 28.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativen Nervensystem** (z.B. Schwitzen, Frösteln...)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

- 29.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? ja nein

Wenn ja, welche: _____

- 30.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche (bitte mit Dosierung): _____

- 31.) Hatten Sie jemals einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? ja nein

- 32.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

- 33.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein

- 34.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? ja nein

- 35.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

Wenn ja, welche (bitte mit Jahreszahl): _____

- 36.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt-/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

- 37.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,..)? ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: _____



38.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja nein

39.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein

40.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage/ Physiotherapie /
Anderes: _____

41.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

42.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____

Danke, dass Sie sich hierfür Zeit genommen haben!

