

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.

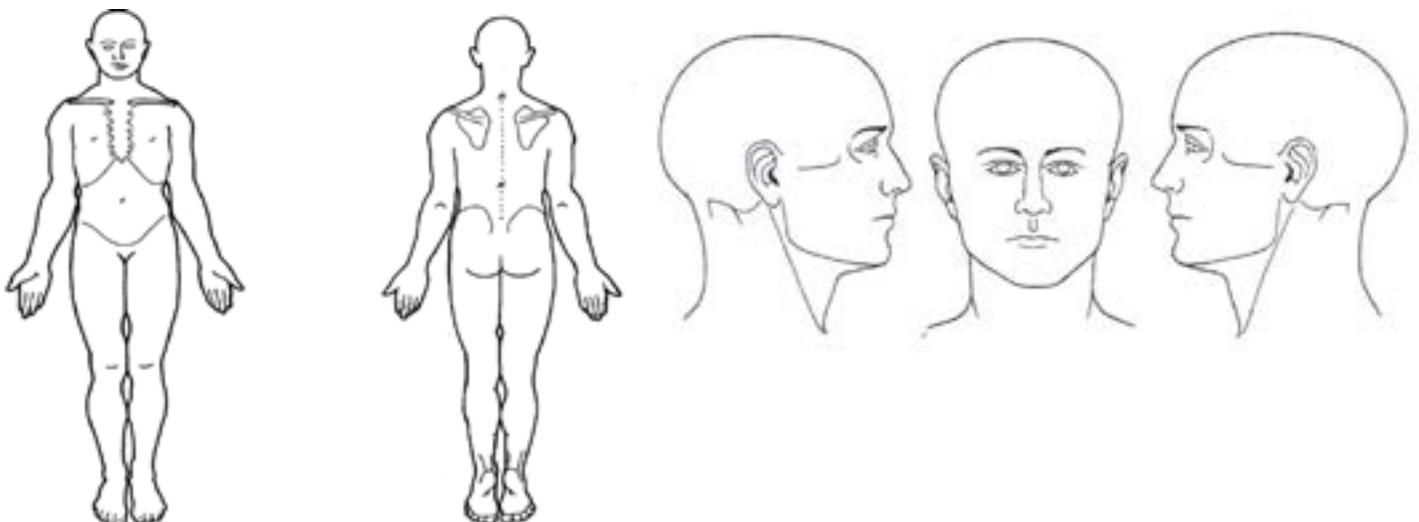
Persönliche Daten

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon privat:		geschäftlich:	
Mobil:		E-Mail:	
Versicherung:	gesetzlich ☐ privat ☐		
Geb.-Datum:		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.

Ort:		Datum:	
Unterschrift:			

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 ankreuzen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14 Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte ankreuzen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

15 Wie ist momentan Ihr allgemeiner Funktionsstatus? (bitte ankreuzen)

(unfunktional) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (uneingeschränkt)

16 Wie ist Ihre Stimmung? (bitte ankreuzen)

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (euphorisch)

17 Haben Sie Ihre Beschwerden permanent ☐ mit Unterbrechungen ☐

18 Beschreiben Sie kurz den Tages-Verlauf Ihrer Beschwerden

19 Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet

Hauptbeschwerden gleich/besser werdend ☐ verschlechternd ☐

Nebenbeschwerden gleich/besser werdend ☐ verschlechternd ☐

20 Haben Sie Schmerzen beim

Husten ☐ Niesen ☐ Pressen ☐ Schlucken ☐

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 (Bitte mit Jahreszahl):

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?

Röntgen ☐ Computertomographie ☐ Physiotherapie ☐
Massage ☐ Kernspintomographie (MRT) ☐ Spritze ☐ Anderes ☐

41 Welche Therapieformen wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

42 Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?