

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bestmöglich zu behandeln, benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherung: (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe _____

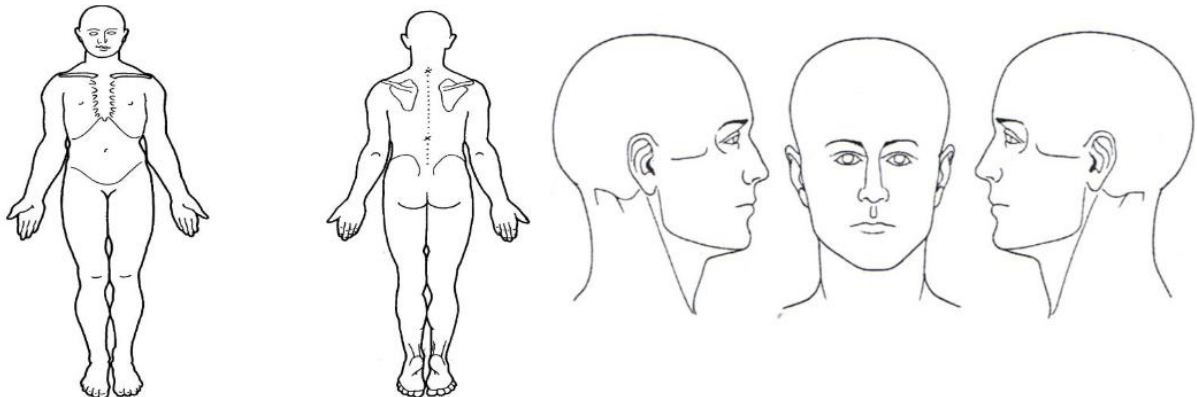
Geb. Datum: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Mir ist bekannt, dass, sofern ich einen Termin nicht einhalten kann (dies gilt auch bei krankheitsbedingten Gründen), ich diesen spätestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn telefonisch, auf dem Anrufbeantworter oder per E-Mail absagen muss. Das gibt der Praxis und anderen Patienten die Chance, den frei gewordenen Termin wieder zu besetzen.

Nicht wahrgenommene Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt wurden, werden mir privat zum kassenüblichen Satz in Rechnung gestellt. Der Eigenanteil der Kassenrezepte ist bis spätestens zur dritten Behandlung zu entrichten. Ich willige ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden / überweisenden Arzt bzw. Hausarzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen. (z.B. Therapieberichte auch per E-Mail)

Datum: _____ Unterschrift: _____

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



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

5.) Ist Ihre **Kraft** verändert ja nein

6.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**: _____

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent** / **mit Unterbrechungen**

9.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts, sonstiges

10.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und **maximal** (bitte unterstreichen)?
(kein Schmerz) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (maximaler Schmerz)

- 11.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend / gleich / schlechter werdend**
- 12.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?
- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern?** ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker, Diabetiker**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen ja nein
- 15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)? ja nein
- 16.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
- 17.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja nein
- 18.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
- 19.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein
- 20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** oder **Operationen**? ja nein Welche: _____
- 21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?
Seh- Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit
leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe etc? ja nein
- 22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine Schmerzen **zeitweise ausgestrahlt**. ja nein
- 23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja nein
- 24.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja nein
- 25.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja nein
- 26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein**. ja nein
- 27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein
- 28.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass Sie nicht besser werden**. ja nein
- 29.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein
- 30.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?
 überhaupt nicht wenig mäßig stark äußerst stark
- 31.) Weist Ihr **Schmerz** eines oder mehrere der **folgenden Merkmale** auf?
 Brennen ja nein
 Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja nein
 Elektrische Schläge ja nein
- 32.) Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?
 Kribbeln: ja nein
 Pieksen: ja nein
 Taubheitsgefühl: ja nein
 Juckreiz: ja nein
- 33.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)
 Röntgen / Computertomographie (CT) / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage
 Physiotherapie / Training / Anderes
- 34.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.