

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Die Angaben sind freiwillig, helfen uns aber die Behandlungsprozesse zu optimieren.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Hobby/ Sport:	Ärztl. Diagnose/ Operation :

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch   
  Internet   
  Facebook   
  Flyer/Anzeige   
  Empfehlung   
  Arzt

1.) **In welcher Körperregion** haben Sie Ihre Beschwerden?

&

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

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

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

5.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja    nein

6.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**?

\_\_\_\_\_

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

8.) Wie sind Ihre Beschwerden:

9.) Gab es einen **Auslöser** (Sturz, Unfall, etc.)? ja    nein

10.) Was **verbessert** 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	Sonstiges: _____			

Was **verschlechtert** 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	Sonstiges: _____			

11.) Wie sind Ihre Beschwerden:

*Wenn Sie bei Frage 2.) „Nein, kein Schmerz“ angekreuzt haben, können Sie mit Frage 16.) fortfahren.*

12.) Wie **stark** sind Ihre Schmerzen **aktuell**?

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

Wie **stark** sind Ihre Schmerzen **maximal**?

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

- 13.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt.** ja nein
- 14.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise an **anderen Stellen** Schmerzen. ja nein
- 15.) Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?
- Brennen ja nein
- Gefühl einer schmerzhaften Kälte ja nein
- Elektrische Schläge ja nein
- 16.) Treten die folgenden **Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?
- Kribbeln ja nein
- Piksen ja nein
- Taubheitsgefühl ja nein
- Juckreiz ja nein
- 
- 17.) Leiden Sie unter **Asthma, Diabetes, Osteoporose** oder **anderen Erkrankungen?** ja nein
- Wenn ja, woran: \_\_\_\_\_
- 18.) Nehmen Sie **Medikamente** ein (z.B. Kortison, Blutverdünner, Betablocker, Antiepileptika)? ja nein
- Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 
- 19.) Leiden Sie unter **Gang-/Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden, Doppelbildern?** ja nein
- 20.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** und/oder eine **Krebserkrankung?** ja nein
- 21.) Haben Sie **Kopfschmerzen** und/oder **nachts Schmerzen?** ja nein
- 22.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen?** ja nein
- 23.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen?** ja nein
- 24.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen?** ja nein
- 25.) Haben Sie **sonstige Beschwerden** in Verbindung mit Ihrer Hauptbeschwerde?
- Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifigkeit, ja nein
- leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 
- 26.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?
- Röntgen Computer-(CT) Kernspintomographie(MRT) Spritze Massage
- Physiotherapie Training Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 27.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** an die Therapie?
- \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

\_\_\_\_\_

*Datum/ Unterschrift Patient*