

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name: _____

Telefon privat/mobil: _____ Email: _____

Geb.datum: _____ Hausarzt/Arzt: _____

Beruf: _____ Sport / Hobby: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch Internet Flyer Anzeige Empfehlung: _____

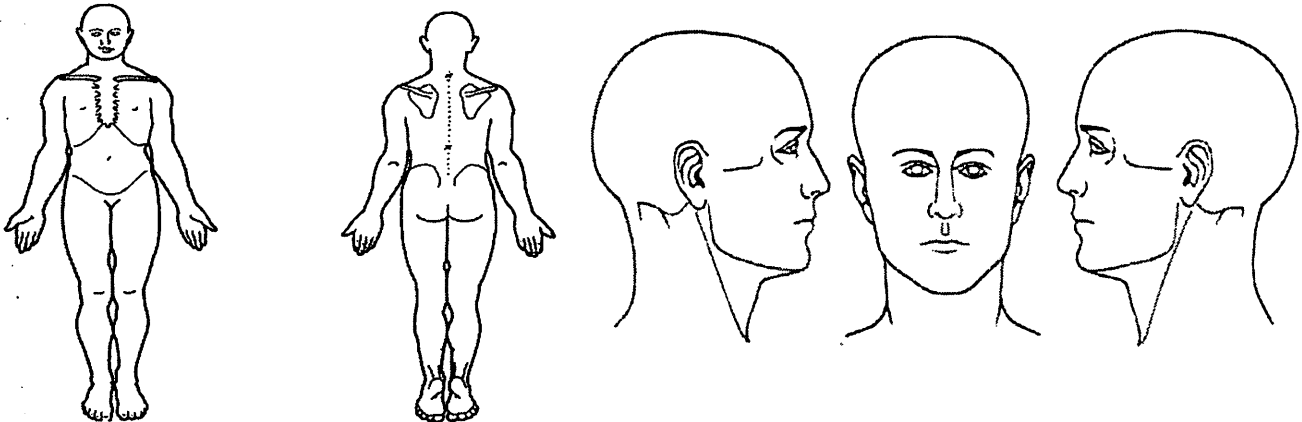
Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Ansonsten werden diese - sofern sie nicht neu belegt werden können - privat in Rechnung gestellt.

Eine Absage kann mündlich per Telefon oder auf dem Anrufbeantworter, sowie schriftlich per Email oder WhatsApp erfolgen. Die Ausfallgebühren betragen € 20,- und müssen von dem Patienten privat getragen werden (Kassen- und Privatpatienten). Nach dem Bezahlen der Ausfallgebühr wird ein Ersatztermin vereinbart.

Hiermit willige ich 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 Email).

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 (Kraftlosigkeit, Lähmung)? 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?

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: _____

bitte wenden!!!

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 / verschlechternd**

12.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja nein

13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern?** ja nein

14.) Sind Sie **Asthmatiker, Diabetiker/in**, 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** und/oder **Operationen**? ja nein

21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?

Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?

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? (bitte einkreisen)

überhaupt nicht / wenig / mäßig / stark / äußerst stark

31.) Weist Ihr Schmerz einen 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 / Computer-/ Kernspintomographie / Spritze / Massage / Physiotherapie / Training / Anderes

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

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!