

**Sehr geehrte Patient:innen,**

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: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

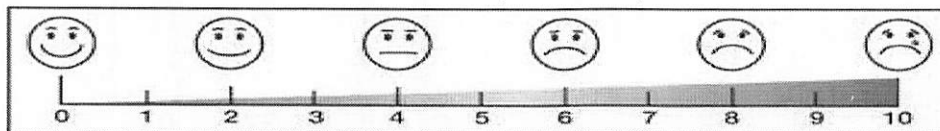
Beruf: \_\_\_\_\_

Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

1) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

2) Haben Sie **Schmerzen**? Ja  Nein

3) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? (ankreuzen)



4) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja  Nein

5) Ist Ihre **Sensibilität** verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit...) Ja  Nein

6) Ist Ihre **Kraft** verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung...) Ja  Nein

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

8) Haben Sie Ihre Beschwerden **permanent** oder **mit Unterbrechungen**? (einkreisen)

9) Was **verbessert** oder **verschlechtert** Ihre Beschwerden?

verbessert:

verschlechtert:

10) Sind Ihre Beschwerden (einkreisen): **besser werdend / gleich / verschlechternd**

11) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall, etc.) Ja  Nein

12) Hatten Sie jemals eine **Tumor** oder **Krebserkrankung**? Ja  Nein

13) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **Nachts** Schmerzen? Ja  Nein

14) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja  Nein

15) Hatten Sie in den letzten Wochen **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? Ja  Nein

16) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** oder **Operationen**? Ja  Nein

17) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern**? (einkreisen)

18) Haben Sie **Asthma, Diabetis, Osteoporose** oder eine **andere Erkrankung**? (einkreisen)

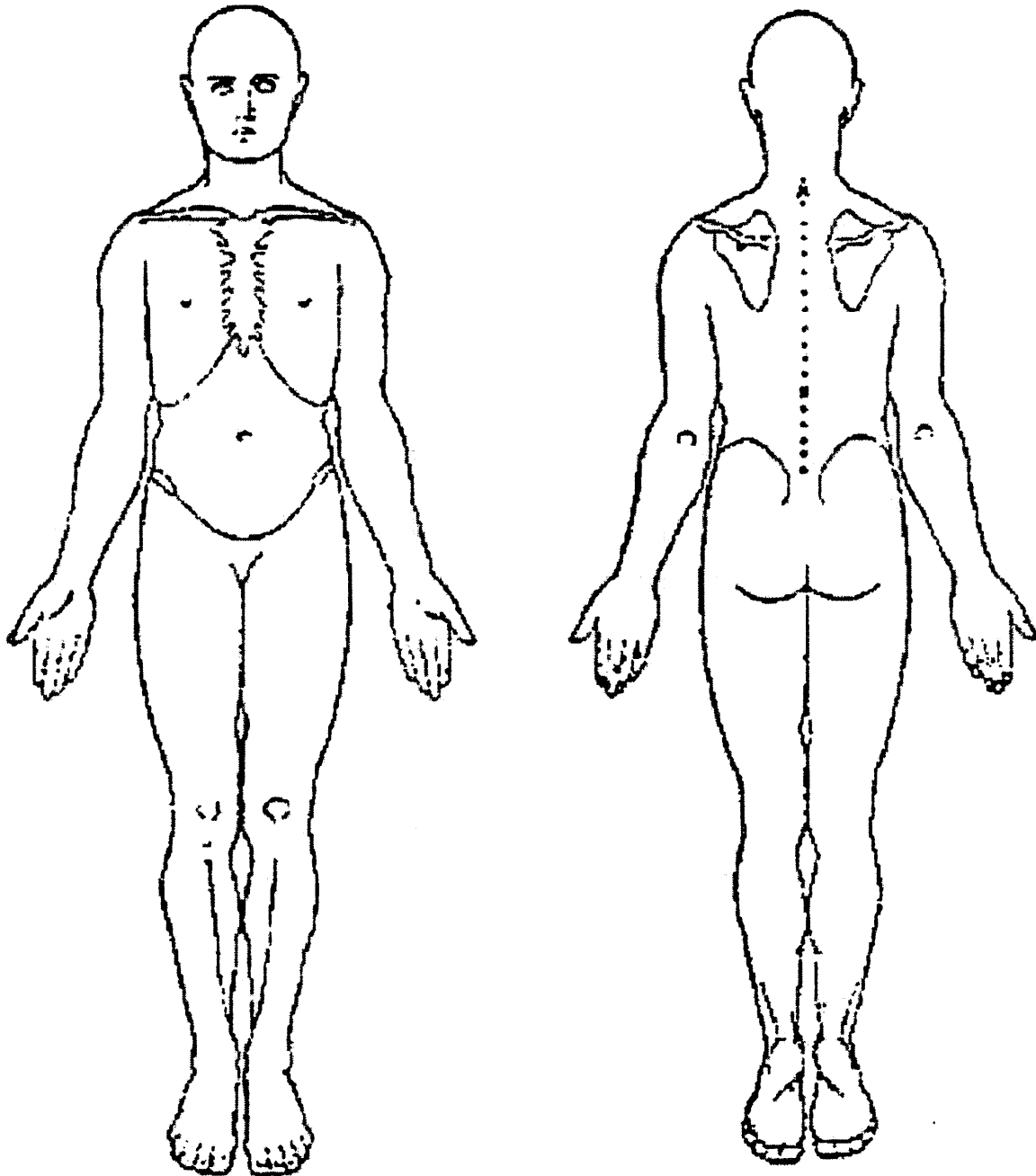
19) Nehmen Sie momentan **Medikamente**, wie **Kortison, Betablocker** oder etwas anderes ein? (einkreisen)

20) Haben Sie sonstige Beschwerden? **Seh-/ Sprech-/ Hörprobleme/ Inkontinenz/ Verstopfung/ morgendliche Steifheit/ leichte Blutergüsse/ Kurzatmigkeit** (einkreisen)

21) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? **Röntgen/ CT/ MRT/ Spritze / Massage / Physiotherapie/ Training/ Anderes:** \_\_\_\_\_

bitte wenden!

22) Wo haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)



Termine müssen bis 24h 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 mail oder whatsapp erfolgen. Die Ausfallgebühren betragen 20 Euro und müssen selbst privat getragen werden. Daraufhin kann ein Ersatztermin vereinbart werden.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an die behandelnden/ überweisenden Ärzte:innen, oder an praxisinterne Kollegen:innen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben dürfen (z.B. Therapieberichte auch per mail)

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!