

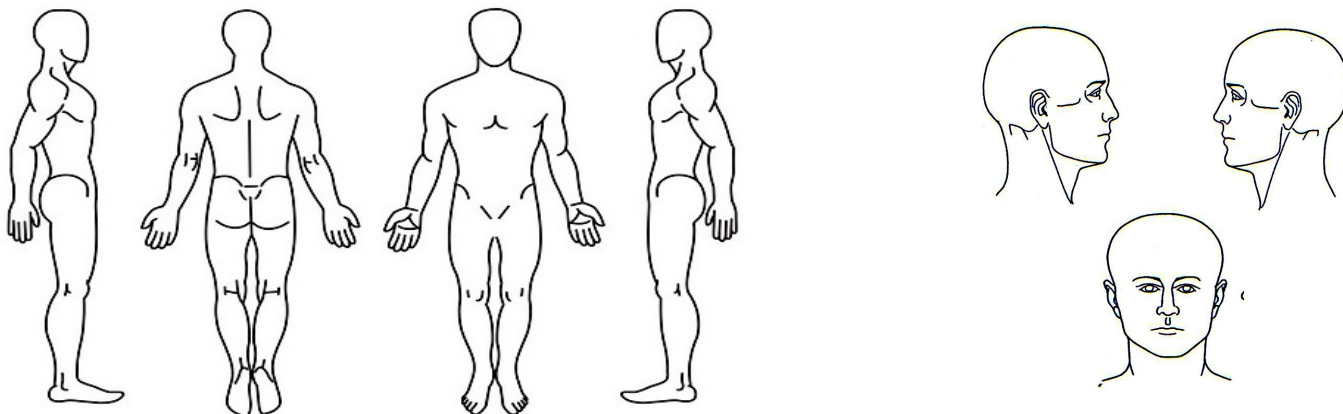
## Sehr geehrte/r Patient/-in,

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. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

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

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?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopparbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, 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: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel

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

13.) Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, usw.? ja  nein

14.) Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen? ja  nein

15.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? ja  nein

16.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja  nein

- 17.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja  nein
- 18.) Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen oder nachts Schmerzen? ja  nein
- 19.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? ja  nein
- 20.) Rauchen Sie? ja  nein
- 21.) Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja  nein
- 22.) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja  nein
- 23.) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja  nein
- 24.) Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja  nein
- 25.) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ja  nein
- 26.) Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja  nein
- 27.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja  nein
- 28.) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja  nein
- 29.) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja  nein
- 30.) Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?  
 Brennen: ja  nein   
 Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja  nein   
 Elektrische Schläge: ja  nein
- 31.) Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?  
 Kribbeln: ja  nein   
 Piksen: ja  nein   
 Taubheitsgefühl: ja  nein   
 Juckreiz: ja  nein
- 33.) Bewegen Sie sich pro Woche  
 a.) 150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja  nein   
 b.) 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja  nein
- 34.) Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining? ja  nein
- 35.) Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen? ja  nein
- 36.) Ich kann nachts nicht durchschlafen? ja  nein
- 37.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?  
 Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/Anderes
- 38.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_