

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Email: _____

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

Alter: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____ Hausarzt: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Unterschrift: _____

Wer hat Sie zu uns geschickt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Werden Sie von Familie und Bekannten verstanden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Werden Sie von Unbekannten verstanden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Gehen Sie gerne unter Menschen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Fällt Ihnen das Artikulieren schwer? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie Schmerzen beim Sprechen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Geht Ihnen manchmal die Luft aus? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie ein Gloßgefühl? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Verstehen Sie Fragen oder Aufgabenstellungen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Können Sie schreiben? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Können Sie lesen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Belastet Sie Ihre Situation? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Sind Sie von alleine auf die Störung Aufmerksam geworden? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Sprechen Sie gerne? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Sprechen Sie in Ihrem Beruf viel? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden!

15. Sind Sie musikalisch? ja nein
16. Verschlucken Sie sich oft? ja nein
17. Müssen Sie sich oft räuspern? ja nein
18. Waren Sie schon mal in Therapie? ja nein
19. Schreien Sie oft? ja nein
20. Fehlen Ihnen manchmal Wörter? ja nein
21. Verwechseln Sie Buchstaben? ja nein
22. Leiden Sie unter Erkrankungen die das Gedächtnis beeinträchtigen? ja nein
23. Was sind Ihre Ziele für die Therapie? _____