

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: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Email: _____

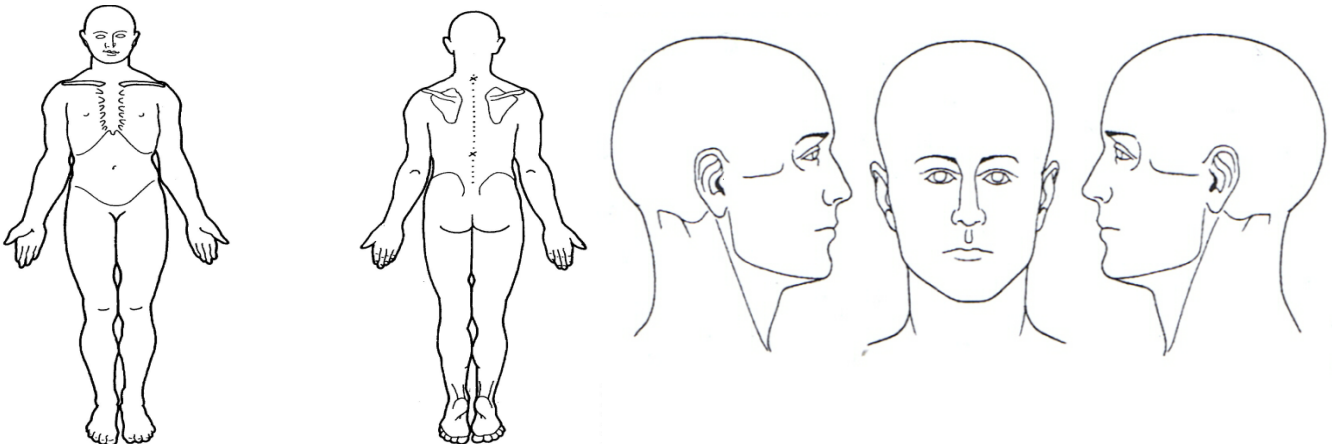
Versicherung (bitte einkreisen): Gesetzlich/Privat/Beihilfe _____

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.

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

10.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **was verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden? Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, Morgens, Mittags, Abends,, Nachts _____

11.) 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)

bitte wenden!!!

12.) Weist Ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf (bitte einkreisen)?

Brennen: ja/nein **Gefühl einer schmerzhaften Kälte:** ja/nein **Elektrische Schläge:** ja/nein

13.) Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?

Kribbeln: ja/nein **Pieksen:** ja/nein **Taubheitsgefühl:** ja/nein **Juckreiz:** ja/nein

14.) Werden die Schmerzen **durch Reiben ausgelöst** oder **verschlimmert**? ja nein

15.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja nein

16.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja nein

17.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja nein

18.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja nein

19.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein. ja nein

20.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein

21.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ja nein

22.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein

23.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?

überhaupt nicht wenig mäßig stark äußerst stark

24.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend/gleich/verschlechternd**

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

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

27.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)? ja nein

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

29.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja nein

30.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein

31.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein

32.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

33.) Haben Sie **sonstige Beschwerden:** Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja nein

34.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen/Computer-/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/ Training/Anderes

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

36.) Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch Internet Flyer Anzeige Empfehlung: _____ Arzt: _____