



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: _____ Vorname: _____

Adresse (Straße, Ort): _____

Mobil: _____ Telefon privat: _____

Email: _____ Hausarzt: _____

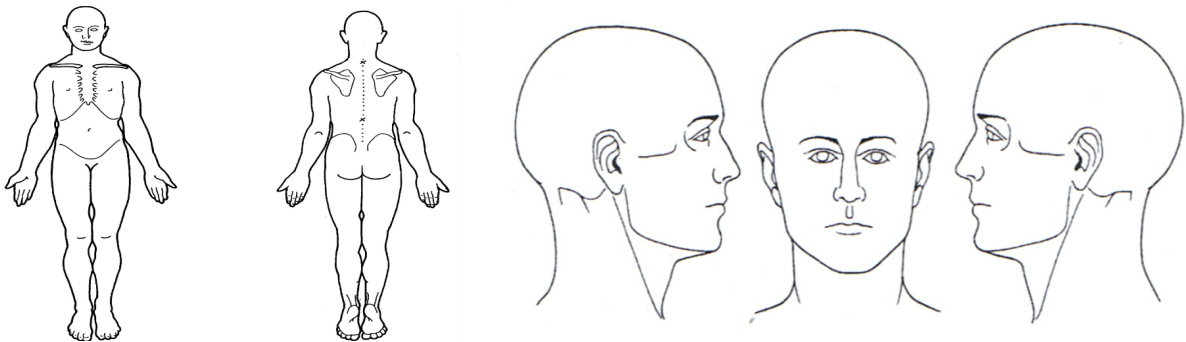
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe _____

Alter: _____ Beruf: _____ Sport / Hobby: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Telefonbuch Internet Flyer Anzeige Empfehlung: _____ Arzt: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme** (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

3.) 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)

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

6.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

7.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

9.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent / mit Unterbrechungen**

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

11.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **was verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, sonstiges: _____

- 12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend / gleich / schlechter werdend / variabel**
- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose, Rheuma** oder andere **Immunsuppressive Erkrankungen bzw. Aneurysmen** 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
 Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?
 ja nein
- 21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**? ja nein
- 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.
- 30.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?
 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!