

## 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:  Geb.:

Straße:  PLZ:  Ort:

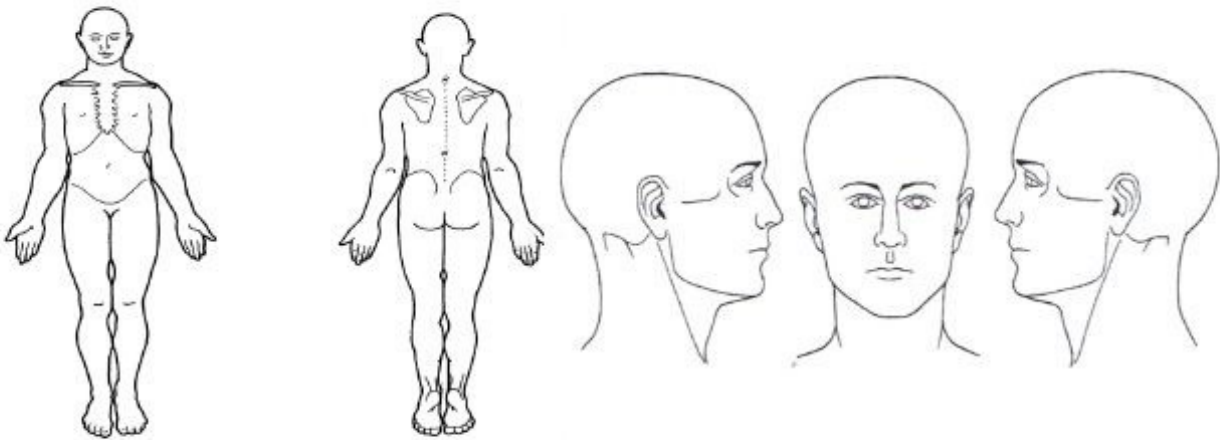
Tel.:  Mobil:

Email:

Beruf:  Sport:

Versicherung:  gesetzlich  privat  Beihilfe Hausarzt:

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



2. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

3. Haben Sie **Schmerzen**?

ja  nein

4. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?

ja  nein

5. Ist Ihre **Sensibilität** verändert? (Kribbelerscheinungen/Taubheit)

ja  nein

6. Haben Sie einen **Kraftverlust**?

ja  nein

7. Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**?

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

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

10. **Was verbessert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Bewegung, Ruhe, stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)

11. **Was verschlechtert** Ihre Beschwerden? (siehe oben)

12. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte ankreuzen)

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 max. Schmerz

13. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte ankreuzen)

kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 max. Schmerz

14. Haben Sie Ihre Beschwerden:  **permanent** oder  **mit Unterbrechungen**

15. Sind Ihre Beschwerden:  **gleich** bleibend  **besser** werdend  **verschlechternd**

16. Haben Sie Schmerzen beim:  **Husten**  **Niesen**  **Pressen**  **Schlucken** nein

17. Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja  nein

18. Sind Sie **schwanger**? ja  nein

19. Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja  nein

20. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? ja  nein

21. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes Mellitus, Rheuma, Osteoporose**? ja  nein

22. Haben Sie **Probleme mit den inneren Organen? (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)** ja  nein

23. Haben Sie **weitere Erkrankungen?** (Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein, etc.) ja  nein

24. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja  nein

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

26. Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja  nein

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

28. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja  nein

29. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen** ja  nein

30. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen? (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.) ja  nein

31. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja  nein

32. Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja  nein

33. Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt?

Röntgen  Computertomographie (CT)  Kernspintomographie (MRT)  Sonographie  Spritze

andere Maßnahmen bitte vermerken:

Physiotherapie  andere Maßnahmen bitte vermerken:

34. Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Datum:  Unterschrift: