

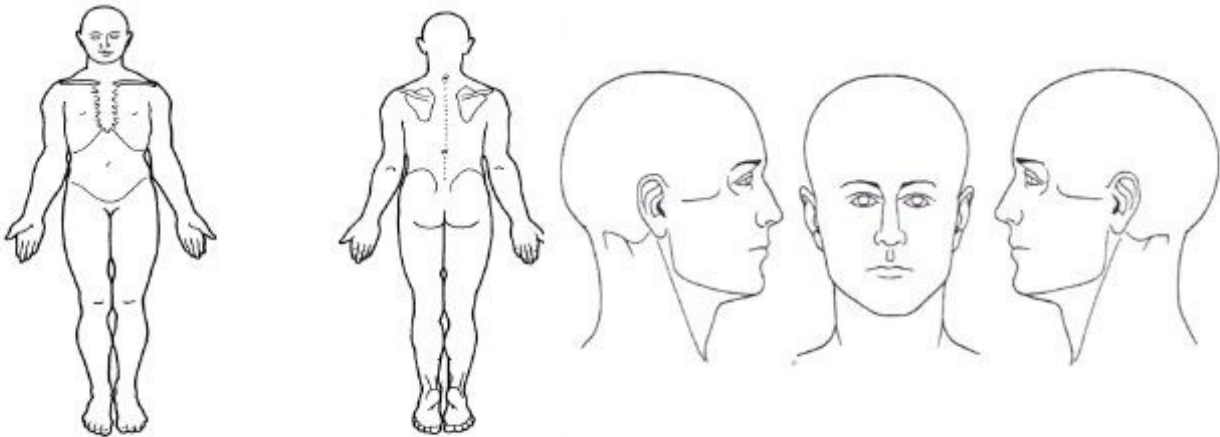
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb.:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>		
Email:	<input type="text"/>				
Beruf:	<input type="text"/>	Sport:	<input type="text"/>		
Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe	Hausarzt:	<input type="text"/>

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, zu den Behandlungen ein großes Badetuch zum Unterlegen sowie ein kleines Handtuch für das Kopfteil mitzubringen. Außerdem bitten wir um therapiegerechte Kleidung (kurze Hose und T-Shirt). Die Rezeptzahlung der gesetzlichen Krankenkassen ist bis zur 2. Behandlung zu bezahlen.

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.)

... bitte wenden!

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** ja 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: