

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

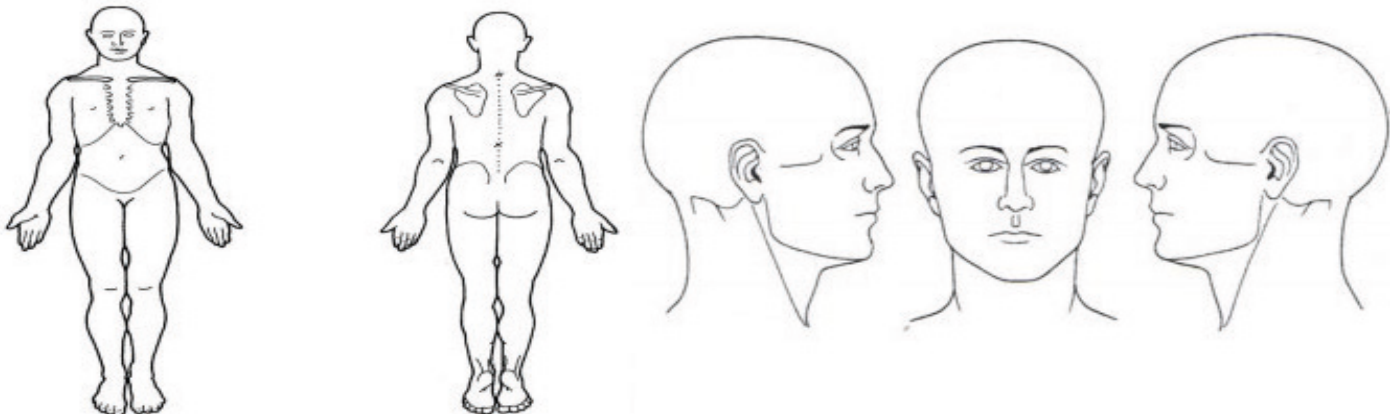
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Information zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name:	Vorname:	
Adresse (Straße, Ort):		
Mobil:	Telefon privat:	
E-Mail:	Hausarzt:	
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe		
Alter:	Beruf:	Sport / Hobby:
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?		
Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Anzeige <input type="checkbox"/> Empfehlung: _____		Arzt: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. 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 nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts, sonstiges: _____
- 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.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend / gleich / schlechter werdend / variabel**
- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** 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
- 21.) **Haben Sie sonstige Beschwerden?**
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? 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. ja nein
- 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!