

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.

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Größe [cm]:	_____	Beruf:	_____
Gewicht [kg]:	_____	Sport/Hobby:	_____
Alter:	_____	eMail:	_____

01 Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen)

rechts links links rechts rechts links

02 Was sind Ihre Hauptbeschwerden? >

03 Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

03.1 Wie **stark** sind Ihre Schmerzen **momentan**? (keine) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximal)

03.2 Wie **stark** sind Ihre Schmerzen **maximal**? (keine) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximal)

03.3 haben Sie Schmerzen in der **Nacht**? ja nein

04 Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

05 Ist Ihre **Sensibilität** verändert? z.B. Kribbelerscheinungen, Taubheit ja nein

06 Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja nein

07 Was bereitet Ihnen im **Alltag Beschwerden**? >

08 Wie **lange** schon haben Sie **Beschwerden**? >

09 Welche(n) Auslöser gab es für Ihre Beschwerden? >

10	Was verschlechtert Ihre Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Aktivität <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Tragen	<input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Sitzen
11	Was verbessert Ihre Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Aktivität <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Tragen	<input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> Sitzen
12	Haben Sie Schmerzen beim...	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Sonstige >	<input type="checkbox"/> Niesen	<input type="checkbox"/> Schlucken <input type="checkbox"/> Wasserlassen	
13	Haben Sie Gang-/Gleichgewichtsstörungen ?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14	Leiden Sie unter...	<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Sonstige >		<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle <input type="checkbox"/> Schluckstörungen	
15	Haben Sie Krankheiten , wie...	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Drüsenstörungen <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Fieber (in den letzten Wochen) <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstige >		<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Hormonstörungen <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> nächtliches Schwitzen	
16	Haben Sie Probleme mit inneren Organen ?	...oder: <input type="checkbox"/> Sodbrennen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17	Nehmen Sie Medikamente ein und welche?	>			<input type="checkbox"/> Verstopfung
18	Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen ?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19	Hatten Sie schon Unfälle und/oder Operationen ?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20	Haben Sie sonstige Beschwerden , die nicht mit den Hauptbeschwerden zusammenhängen?	<input type="checkbox"/> Sehprobleme <input type="checkbox"/> Hörprobleme		<input type="checkbox"/> Sprechprobleme <input type="checkbox"/> Inkontinenz	
21	Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie/CT <input type="checkbox"/> Kernspintomographie/MRT <input type="checkbox"/> Sonstige >		<input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Physiotherapie	
22	Ihre Erwartungen und Ziele an die Therapie?				
23	Zeit , die Sie selbst aktiv einbringen können?				

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: _____