



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich 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:

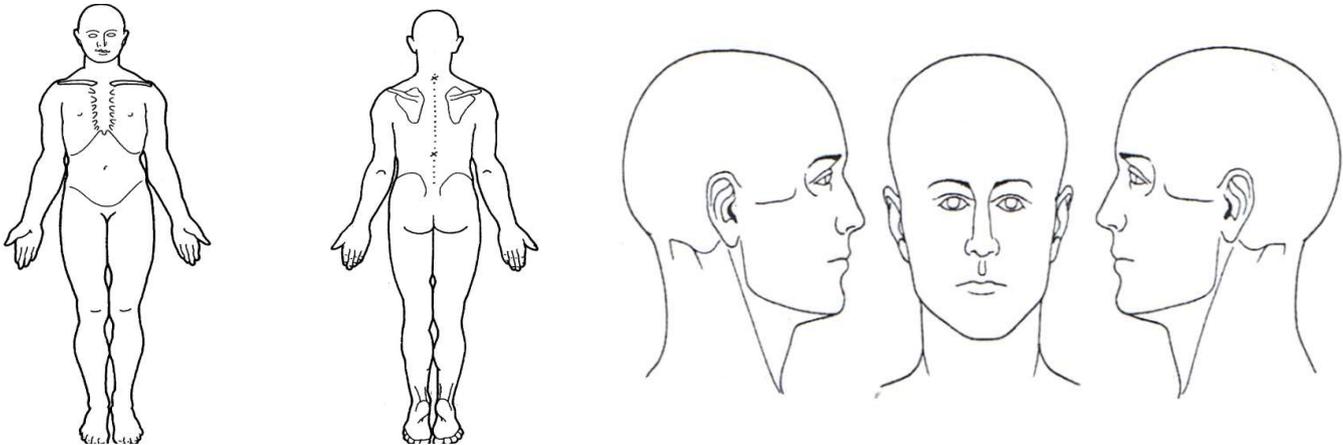
Vorname:

Alter:

Beruf:

Sport/Hobby:

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



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Was sind ihre **Nebenbeschwerden**? _____

4.) Haben Sie **Schmerzen**?

ja nein

5.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?

ja nein

6.) Ist Ihre **Sensibilität** oder **Kraft** verändert?

ja nein

Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Kraftlosigkeit, Lähmung? (bitte einkreisen)

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

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

Hauptbeschwerden: _____ **Nebenbeschwerden:** _____

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

10.) Sind Ihre Beschwerden **seit Beginn** betrachtet (bitte einkreisen):

Hauptbeschwerden: gleich/besser werdend/verschlechternd

Nebenbeschwerden: gleich/besser werdend/verschlechternd



11.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Unfall, Operation, Überbelastung,...)?

12.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) und was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen/Liegen, Bücken, Stehen, Gehen,
Tragen, Greifen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Arbeit, Hobby, Sport,
morgens, mittags, abends, nachts

sonstiges: _____

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan** (bitte einkreisen) und **maximal** (bitte unterstreichen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Wie ist Ihre **Stimmung?** (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage)

15.) Sind Sie **schwanger**? ja nein

16.) Haben Sie **Diabetes, Osteoporose oder Bluthochdruck?** (bitte einkreisen): ja nein

Andere Erkrankungen: _____

17.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche bitte mit Dosierung: _____

18.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt?** ja nein

Wenn ja, welche: _____

19.) Haben Sie Schmerzen beim **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?** (bitte einkreisen): ja nein

20.) .) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Benommenheit, Ohnmachtsanfällen, Doppelbildern,**

Schluckstörungen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? (bitte einkreisen): ja nein

21.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein

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

23.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

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

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



26.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

Wenn ja, welche (bitte mit Jahreszahl): _____

27.) Haben Sie **sonstige Beschwerden** (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leicht Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe,...)? ja nein

Wenn ja, welche: _____

28.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,...)? ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: _____

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

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

31.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen):

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Ultraschall

Anderes: _____

32.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

33.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____
