

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:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

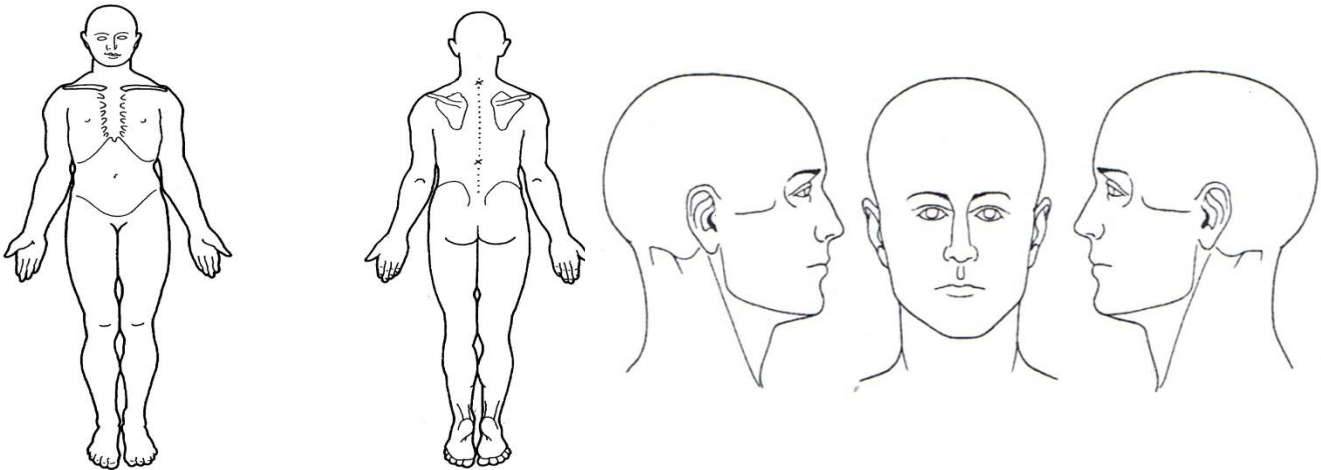
Mobil:

Email:

Unterschrift:

Datum:

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.) Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent** **mit Unterbrechungen**

13.) Sind Ihre Beschwerden: **gleich** bleibend **besser** werdend **verschlechternd**

14.) Haben Sie Schmerzen beim **Husten** **Niesen** **Pressen** **Schlucken** **nein**

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

16.) Sind Sie **schwanger**? ja nein Hatten Sie Entbindungen? ja nein

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

18.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen**? Ja nein

19.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? Ja nein

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

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

22.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja nein

23.) Hatten Sie jemals einen **Tumor, oder eine Krebserkrankung**? Ja nein

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

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

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

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

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

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

Röntgen Computertomographie Kernspintomographie (MRT) Spritzen Massagen

Physiotherapie / Anderes: _____

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