



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: _____

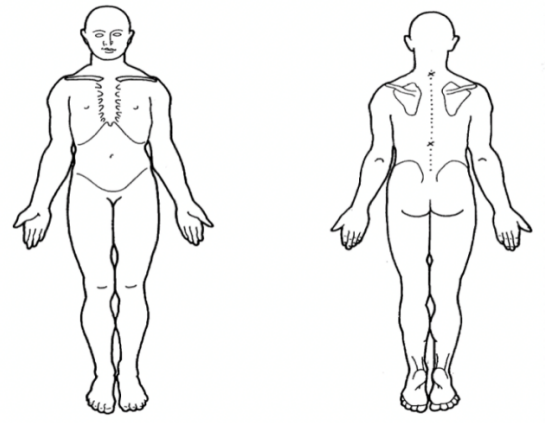
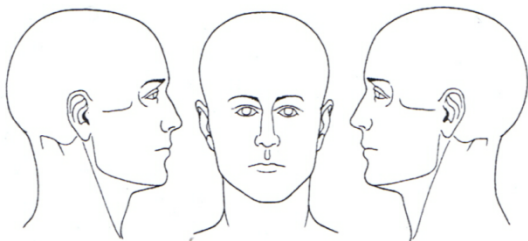
Mobil: _____ Email: _____

Versicherung (bitte einkreisen): Gesetzlich / Privat / Beihilfe _____

Alter: _____ Beruf: _____ Sport / Hobby: _____ Arzt: _____

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.

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



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

3.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

4.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):
 (kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

5.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):
 (kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

6.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

7.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

8.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen / Taubheit)? ja nein

9.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja nein

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

11.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

12.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

13.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

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

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend / **besser** werdend / **verschlechternd**

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

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, Rheuma, Osteoporose**? ja nein

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

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. 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 Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

29.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.)?

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

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

32.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik / Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)? Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage / Physiotherapie / Anderes:

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

Datum: _____ Unterschrift: _____