

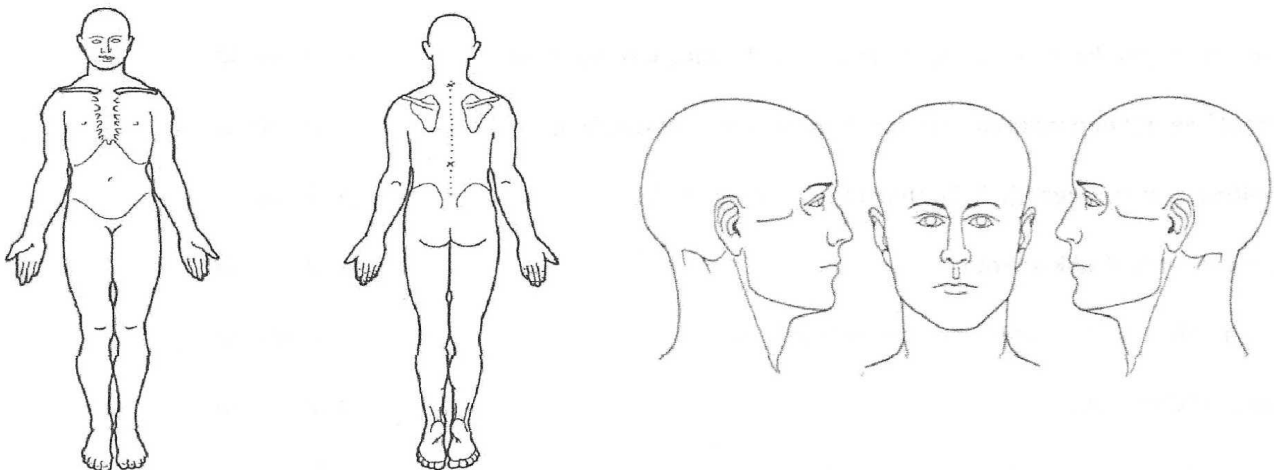
Sehr geehrte Damen, sehr geehrter Herren,

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:	Hausarzt:

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.)? _____

... bitte wenden

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

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

12.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

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

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

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

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?

ja nein

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, Hepatitis, AIDS o.ä.)?

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 der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**?

ja nein

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?

ja nein

Wenn ja, was und wann? _____

30.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage Physiotherapie /

Anderes: _____

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

ja nein

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird?

ja nein

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

ja nein

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?
