

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Die Angaben sind freiwillig, helfen uns aber die Behandlungsprozesse zu optimieren.

Name: Vorname: Datum:

Alter Beruf:

Hobby / Sport: Ärztl. Diagnose / Operation:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch Internet Facebook/Instagram Flyer/Anzeige Empfehlung Arzt

1. In welcher Körperregion haben Sie Ihre Beschwerden?

2. Haben Sie Schmerzen?

ja nein

3. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

ja nein

4. Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)?

ja nein

5. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

ja nein

6. Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

7. Wie lange haben Sie ihre Beschwerden schon?

8. Wie sind Ihre Beschwerden:

9. Gab es einen Auslöser (Sturz, Unfall, etc.)?

ja nein

10. Was verbessert Ihre Beschwerden?

Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken Beugen Stehen
 Gehen Laufen Heben Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken nehmen
 Greifen Arbeit Hobby Sport Sonstiges:

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken Beugen Stehen
 Gehen Laufen Heben Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken nehmen
 Greifen Arbeit Hobby Sport Sonstiges:

11. Wie sind Ihre Beschwerden?

Wenn Sie bei Frage 2. „Nein, kein Schmerz“ angekreuzt haben, können Sie mit Frage 16. Fortfahren

12. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?

(Kein Schmerz) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Maximaler Schmerz)

Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?

(Kein Schmerz) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Maximaler Schmerz)

13. Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja nein
14. Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise an **anderen Stellen Schmerzen**. ja nein
15. Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?
- Brennen ja nein
- Gefühl einer schmerzhaften Kälte ja nein
- Elektrische Schläge ja nein
16. Treten die folgenden **Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?
- Kribbeln ja nein
- Pieksen ja nein
- Taubheitsgefühl ja nein
- Juckreiz ja nein
17. Leiden Sie unter **Asthma, Diabetes, Osteoporose** oder **anderen Erkrankungen**? ja nein
- Wenn ja, woran:
18. Nehmen Sie **Medikamente** ein (z.B. Kortison, Blutverdünner, Betablocker, Antiepileptika)? ja nein
- Wenn ja, welche:
19. Leiden Sie unter **Gang-/Gleichgewichtsstörungen**, **Schwindel** **Übelkeit**,
 Ohnmachtsanfällen, **Benommenheit**, **Schluckbeschwerden** **Doppelbildern**?
20. Hatten Sie jemals einen **Tumor** und/oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
21. Haben Sie **Kopfschmerzen** und/oder **nachts Schmerzen**? ja nein
22. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
23. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein
24. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein
25. Haben Sie **sonstige Beschwerden** in Verbindung mit Ihrer Hauptbeschwerde? ja nein
- Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, Morgendliche Steifigkeit,
 Leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, Sonstiges:
26. Welche Maßnahmen zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?
- Röntgen Computer -(CT), Kernspintomographie (MRT), Spritze
 Physiotherapie Training Sonstiges:
27. Ihre Einschätzung ist gefragt:
- Im Folgenden finden Sie eine Liste möglicher Grundursachen, die für Ihre Beschwerden verantwortlich sein könnten. Bitte markieren Sie die Ursachen, von denen Sie glauben, dass sie mitverantwortlich für Ihre Beschwerden sind und bewerten Sie, in welchem Maße sie dazu beitragen. Vergeben Sie dabei einen Wert von 1 (niedrigster Einfluss) und 10 (höchster Einfluss).
- | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Bewegungs-/Sportmangel | <input type="checkbox"/> | Kraftdefizit | <input type="checkbox"/> | Über-/Fehlbelastungen |
| <input type="checkbox"/> | Übergewicht/Ernährung | <input type="checkbox"/> | Unfall | <input type="checkbox"/> | Alterungsprozesse/Verschleiß |
| <input type="checkbox"/> | Muskuläres Ungleichgewicht | <input type="checkbox"/> | Psyche | <input type="checkbox"/> | Stress |
| <input type="checkbox"/> | Andere: | | | | |
28. Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** an die Therapie?
-