

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu freuen wir uns über ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

| | |
|---|-----------------|
| Name: | Vorname: |
| Adresse (Straße, Ort): | |
| Mobil: | Telefon privat: |
| Email: | Hausarzt: |
| Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe | |
| Alter: | Beruf: |
| Sport/Hobby: | Schlafposition: |

Wie wurden sie auf uns aufmerksam?

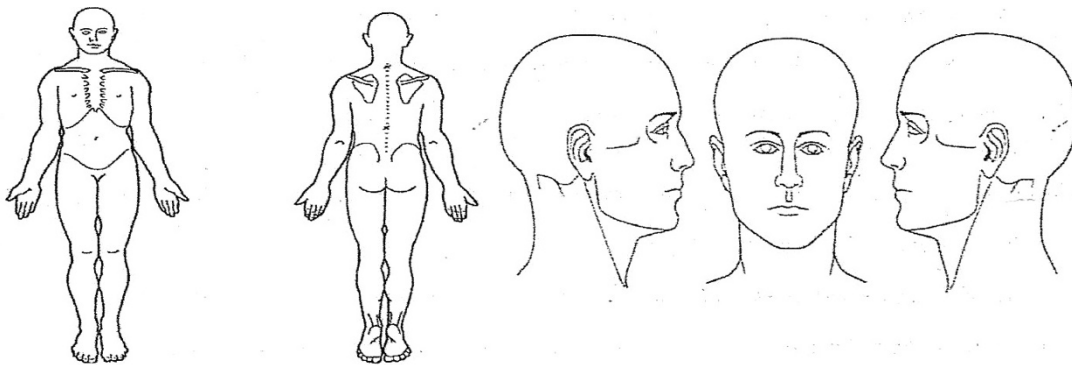
Telefonbuch Internet Flyer Anzeige Empfehlung: Arzt:

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.

Bitte bringen Sie ein großes Laken zur Behandlung mit und tragen Sie bequeme Kleidung.

| | |
|--------|---------------|
| Datum: | Unterschrift: |
|--------|---------------|

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



- 2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein
- 3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein
- 4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? 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.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent / mit Unterbrechungen**
- 9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja nein

Bitte wenden!

- 10.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken legen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends. Nachts. Sonstiges: _____
- 11.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und **maximal?**
(bitte unterstreichen)
(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)
- 12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): besser werdend / gleich / schlechter werdend / variabel
- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern?** ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen? ja nein
- 15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)? ja nein
- 16.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung?** ja nein
- 17.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen?** ja nein
- 18.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches / extremes Schwitzen?** ja nein
- 19.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und / oder **Operationen?** ja nein
- 20.) Haben Sie **sonstige Beschwerden:**
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja nein
- 21.) Sind Sie wegen Ihrer Schmerzen in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen?** ja nein
- 22.) Haben Sie sich während der letzten 2 Wochen wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen?** ja nein
- 23.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen insgesamt?
 Überhaupt nicht
 Wenig
 Mäßig
 Stark
 Äußerst stark
- 24.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder Therapie wurden bisher durchgeführt?
(bitte einkreisen)
Röntgen / Computer- / Kernspintomographie / Spritze / Massage / Physiotherapie / Training / Anderes: _____
- 25.) Wie war die **Wirkung?** (bitte einkreisen)
besser werdend / gleichbleibend / schlechter werdend
- 26.) Was sind Ihre **Wünsche, Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!