

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

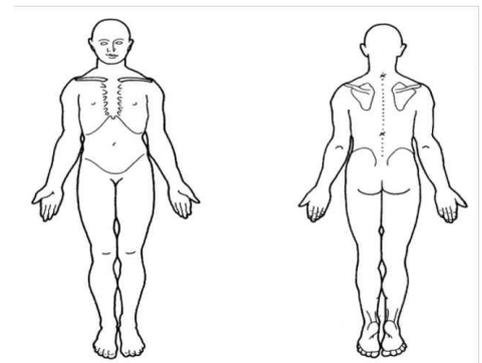
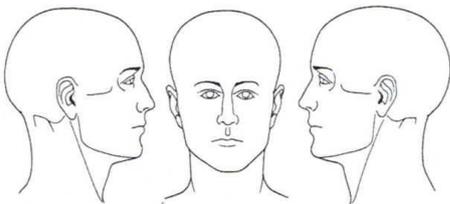
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Tel.privat:		Mobil:	
Email:		Hausarzt:	
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe			
Alter:	Beruf:	Sport:	

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 aktuell 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 Gang- oder Gleichgewichtsstörungen ?	ja	nein
17.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): Husten/ Niesen/ Pressen/ Schlucken ?	ja	nein
18.) Sind Sie schwanger ?	ja	nein
19.) Haben Sie desöfteren 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? Wenn ja, welche? _____	ja	nein
25.) Nehmen Sie Blutverdünner?	ja	nein
26.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung ?	ja	nein
27.) Haben Sie nachts Schmerzen ?	ja	nein
28.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen ?	ja	nein
29.) Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen ?	ja	nein
30.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen ? Wenn ja, was und wann? _____	ja	nein
31.) Haben Sie sonstige Beschwerden , welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.)?	ja	nein
32.) Haben Sie Bedenken, dass Belastung / Bewegung Ihrem Problem schadet?	ja	nein

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

Röntgen/ CT/ MRT/ Spritze/ Massage/ Physiotherapie/ Anderes: _____

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