

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: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____

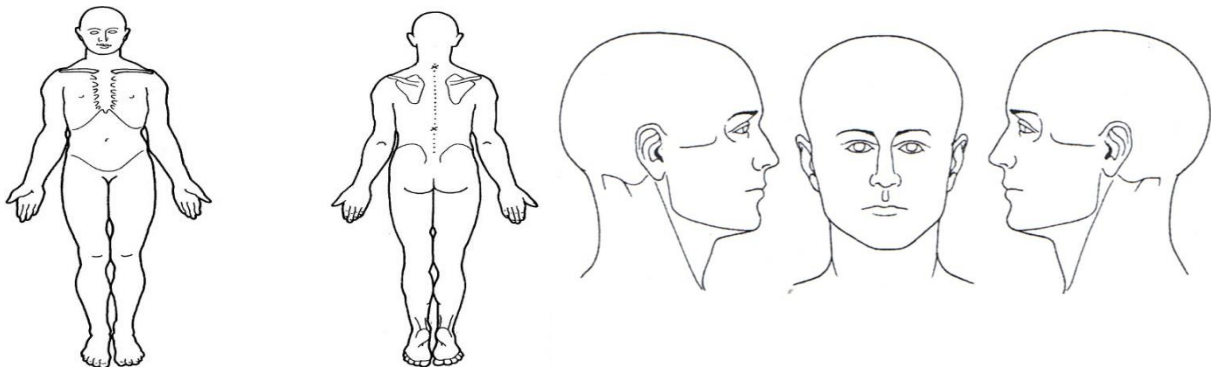
E-Mail: _____ Krankenversicherung: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Eine **Absage** der Termine muss **spätestens 24 Stunden vor der Behandlung** erfolgen (telefonisch oder per E-Mail). Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen behalten wir uns eine Privatrechnung vor. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

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)? 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

10.) Was verbessert Ihre Beschwerden? _____

!!! --- Bitte wenden --- !!!

11.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

12.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen)? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

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

14.) Weist Ihr **Schmerz** eines der **folgenden Merkmale** auf (bitte einkreisen)?

Brennen: Ja / Nein **Gefühl einer schmerzhaften Kälte:** Ja / Nein **Elektrische Schläge:** Ja / Nein

15.) Haben Ihre Schmerzen im Verlauf der letzten 2 Wochen **zeitweise ausgestrahlt**? Ja Nein

16.) Hatten Sie im Verlauf der letzten 2 Wochen teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**? Ja Nein

17.) Sind Sie wegen Ihrer Schmerzen in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**? Ja Nein

18.) Haben Sie sich während der letzten 2 Wochen wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**? Ja Nein

19.) Ist es für Sie aktuell ratsam, **körperlich aktiv** zu sein? Ja Nein

20.) Machen Sie sich in den letzten 2 Wochen häufiger **Sorgen**? Ja Nein

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

22.) Leiden Sie an **Osteoporose**? Ja Nein

23.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker etc.)? Ja Nein

Andere: _____

24.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **andere Krebserkrankung**? Ja Nein

25.) Haben Sie **weitere Vorerkrankungen**? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

26.) Haben Sie öfter **in der Nacht Schmerzen** oder **schwitzen Sie nachts** stark? Ja Nein

27.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik oder Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / CT / MRT / Spritzen / Medikamente / Massagen / Physiotherapie / Training

Anderes: _____

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!