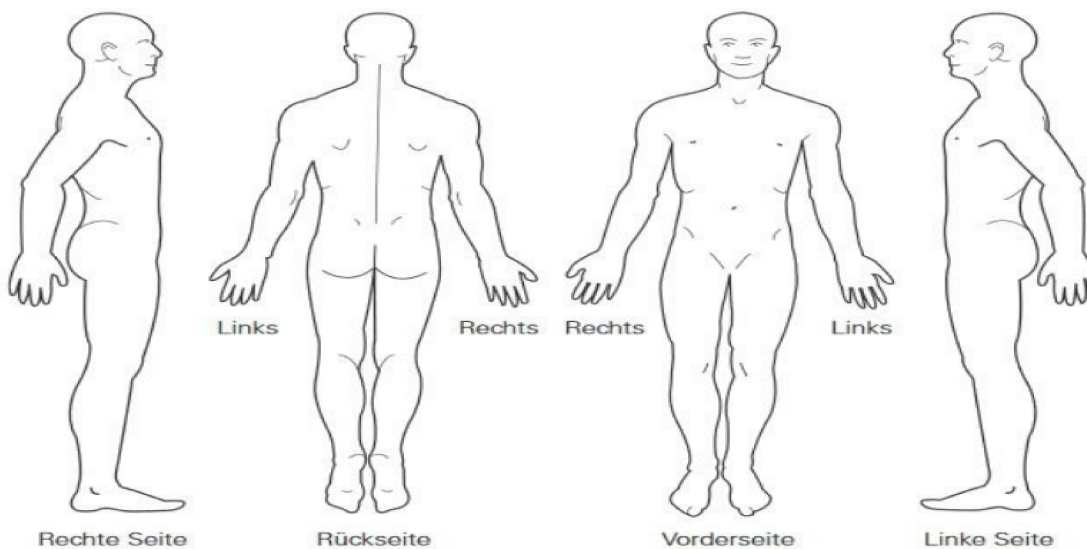




Sehr geehrte Damen und Herren,
unser Ziel ist es Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir ein paar Informationen zu Ihren Beschwerden und zu Ihrer Person. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weiter gegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:	Vorname:
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Email:
Telefon:	Mobil:
Geburtsdatum:	Beruf:

1. Wo haben Sie Beschwerden? (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 (Kribbeln/Taubheit)? Ja Nein

6. Haben Sie einen Kraftverlust? Ja Nein

7. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

8. Wie lange haben Sie die Beschwerden schon? _____

9. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? _____

10. Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung, Stehen, Liegen, Gehen 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 / Schlucken / Atmen / Pressen?

17. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? Ja Nein

18. Sind Sie schwanger? Ja Nein

19. Haben Sie Kopfschmerzen? Ja Nein

20. Leiden Sie unter Tinnitus? Ja Nein

21. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? Ja Nein

22. Haben Sie eine der folgenden Krankheiten: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? Ja Nein

23. Haben Sie Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? Ja Nein

24. Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)? Ja Nein

25. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

26. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? Ja Nein

27. Haben Sie nachts Schmerzen? Ja Nein

28. Hatten Sie in den letzten Wochen Fieber oder nächtliches Schwitzen? Ja Nein

29. Haben Sie die letzten Wochen unerwartet an Gewicht verloren? Ja Nein

30. Haben Sie sonstige Beschwerden, welche nicht mit den Hauptbeschwerden in Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? Ja Nein

31. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

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

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Physiotherapie / Anderes:

33. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Behandlung?

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und korrekt angegeben.

Datum, Unterschrift
