

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: _____

Telefon privat: _____

Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____

Email: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Krankheit Unfall Operation

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

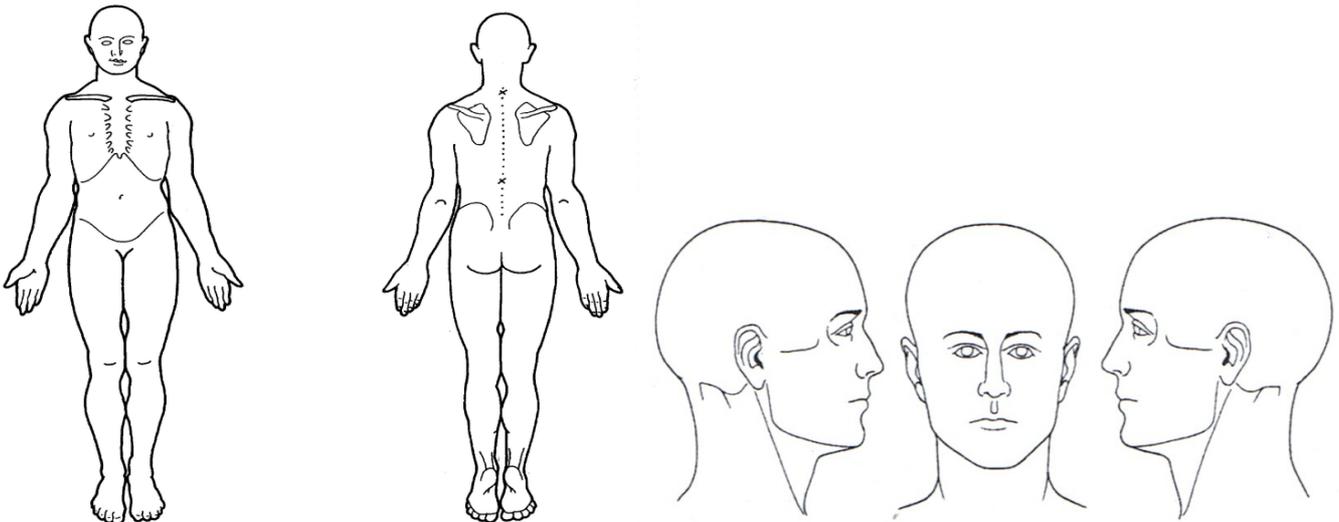
Hausarzt: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen in Rechnung stellen.

In unserer Praxis werden Ihre Krankenkassen – Daten automatisiert abgefragt. Dies geschieht ohne das Einlesen Ihrer Krankenkassenkarte am Terminal am Empfang. Dies dient zur Sicherstellung der korrekten Abrechnungs-Daten bei der Rechnungsstellung.

Unterschrift: _____ Datum: _____

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



2.) Was sind Ihre **Hauptprobleme**? _____

3.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

4.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

5.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, Operation etc.)? _____

6.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)? _____

7.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)? _____

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

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

10.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

Wenn ja:

11.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

12.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

14.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbeln/Taubheit)? ja nein

15.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja nein

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? ja nein

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja nein

18.) Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein

19.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? ja nein

20.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? ja nein

21.) Haben Sie Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung etc.)? ja nein

22.) Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja nein

23.) Haben Sie Allergien, Intoleranzen, Unverträglichkeiten? _____

24.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein

25.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein

26.) Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen? ja nein

27.) Sind Sie **schwanger**? ja Schwangerschaftswoche: _____ Woche nein

28.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche ?: _____

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

Wenn ja, welche?: _____ **Wann:** _____

30.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, die nicht mit den Hauptbeschwerden im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? _____ ja nein

31.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihr **Problem** verschlimmert? ja nein

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein

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

Röntgen / CT / MRI / Anderes: _____

34.) Welche **Maßnahmen** zur **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Spritze / Massage / Physiotherapie / Anderes: _____

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