

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab 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: \_\_\_\_\_

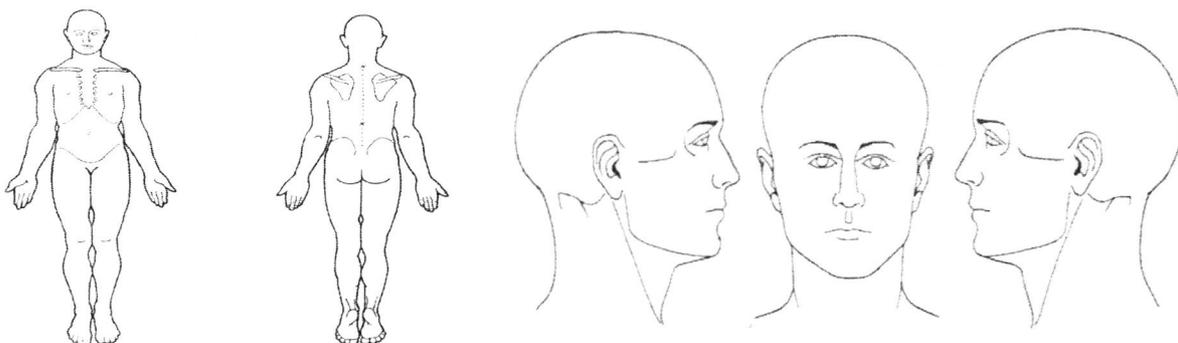
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Sport / Hobby: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  
Telefonbuch  Internet  Flyer  Anzeige  Empfehlung: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

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



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

3.) 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)

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja  nein

6.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

7.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? \_\_\_\_\_

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? \_\_\_\_\_

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

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja  nein

11.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **was verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?  
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, sonstiges: \_\_\_\_\_

**bitte wenden!!!**

- 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, Rheuma** oder andere **Immunsuppressive Erkrankungen bzw. Aneurysmen** 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 **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja  nein
- 18.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja  nein
- 19.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja  nein
- 20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja  nein   
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?  
ja  nein
- 21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**? ja  nein
- 22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja  nein
- 23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja  nein
- 24.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja  nein
- 25.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja  nein
- 26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein. ja  nein
- 27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja  nein
- 28.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ja  nein
- 29.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache.
- 30.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?  
überhaupt nicht   
wenig   
mäßig   
stark   
äußerst stark
- 31.) Weist Ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf?  
Brennen: ja  nein   
Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja  nein   
Elektrische Schläge: ja  nein
- 32.) Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?  
Kribbeln: ja  nein   
Pieksen: ja  nein   
Taubheitsgefühl: ja  nein   
Juckreiz: ja  nein
- 33.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)?  
Röntgen / Computer-/ Kernspintomographie / Spritze / Massage / Physiotherapie / Training / Anderes
- 34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**