

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

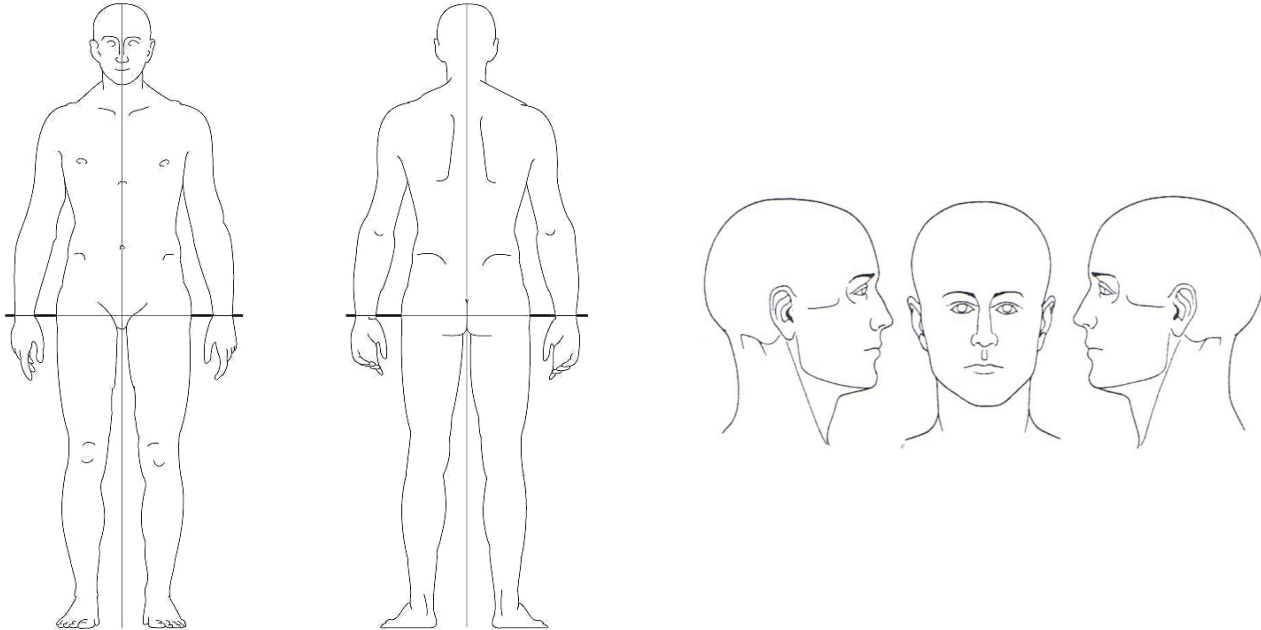
Name:

Vorname:

Beruf:

Sport/Hobby:

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



2.) Haben Sie **Schmerzen**?

ja  nein

3.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden** im **Alltag**?

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

ja  nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert  
(Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, etc.)?

ja  nein

6.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

ja  nein

7.) Wie **lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte unterstreichen): **permanent** / **mit Unterbrechung**

9.) Werden ihre Beschwerden im Tagesverlauf **besser** (bitte einkreisen) oder **schlechter** (bitte unterstreichen)

**morgens - mittags - abends - nachts - keine Änderung**

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

ja  nein

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen, Laufen, Bücken, Beugen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport

Sonstiges:

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerde (bitte **einkreisen**): Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Stehen, Gehen, Laufen, Bücken, Beugen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport

Sonstiges:

---

13.) 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)

Bitte bei Fragen **14 bis 20** Zutreffendes **einkreisen**:

14.) Sind Ihre Beschwerden: **besser werdend - gleich - schlechter werdend - variabel**

15.) Sind Sie **Asthmatiker/in** oder **Diabetiker/in**?  ja  nein

16.) Haben Sie **Osteoporose** oder **Rheuma**?  ja  nein

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

18.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern**?

ja  nein

19.) Haben sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**?  ja  nein

20.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?

**Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, Kurzatmigkeit, Krämpfe**  ja  nein

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

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

23.) Hatten Sie in den letzten Wochen **Fieber, nächtliches Schwitzen**?  ja  nein

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

25.) Glauben Sie, dass Ihre **Beschwerden langfristig anhalten** werden?  ja  nein

26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es **nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein**.  ja  nein

27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**.  ja  nein

28.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den **letzten 2 Wochen** im Gesamten gesehen?

überhaupt nicht  wenig  mäßig  stark  äußerst stark

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

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie / Spritze / Massage / Physiotherapie Training / Anderes:

---

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

---

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