

**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: \_\_\_\_\_

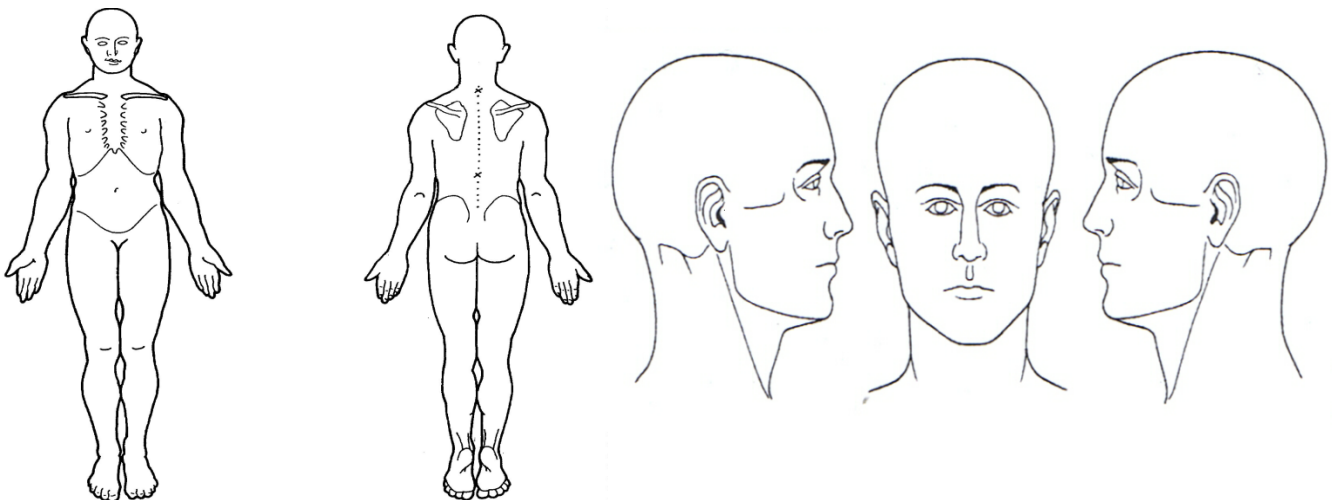
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/privat \_\_\_\_\_

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

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

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

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



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

3.) Was sind ihre **Nebenbeschwerden**? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

8.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? \_\_\_\_\_

9.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Haupt- und Nebenbeschwerden** schon?

---

10.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden (Unfall, Operation, Nahrungsmittelunverträglichkeit,...)?

---

11.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung,...)

---

12.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz,...)

---

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

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

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

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

15.) Wie ist momentan Ihr **allgemeiner Funktionsstatus**? (bitte einkreisen):

(Ich funktioniere überhaupt nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Funktion ohne Einschränkung)

16.) Wie ist Ihre **Stimmung**? (bitte einkreisen):

(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bester Stimmungslage, euphorisch)

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

18.) Beschreiben Sie kurz den **Tages-Verlauf** Ihrer Beschwerden:

---

---

---

19.) Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (bitte einkreisen):

**Hauptbeschwerden:** gleich/besser werdend/verschlechternd

**Nebenbeschwerden:** gleich/besser werdend/verschlechternd

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

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

22.) Sind Sie **schwanger**? ja  nein

23.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja  nein

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

25.) Sind Sie **Diabetiker/in**? ja  nein

26.) Haben Sie **Osteoporose**? ja  nein

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

28.) Haben Sie Beschwerden mit dem **vegetativem Nervensystem** (z.B. Schwitzen, Frösteln,..)? ja  nein

Wenn ja, welche: 

---

---

29.) Haben Sie Beschwerden mit dem **Verdauungstrakt**? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welche bitte mit Dosierung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Wenn ja, welche bitte mit Jahreszahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

36.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Haupt/Nebenbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37.) Fühlen Sie sich **psychisch belastet** (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,..)? ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja  nein

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

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

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage

Physiotherapie / Anderes: \_\_\_\_\_

41.) Welche **Therapieformen** wurden bereits durchgeführt mit welchem Therapieerfolg?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_