

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. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

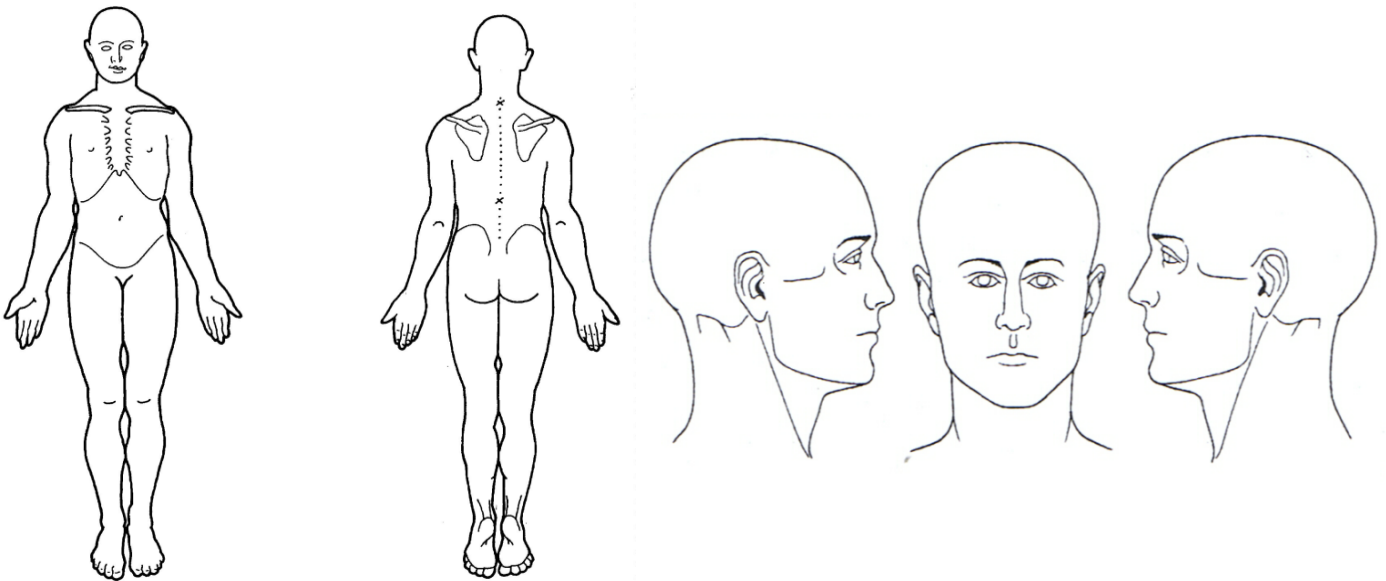
Telefon Mobil: _____ Email: _____

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____ Hausarzt: _____

Um die Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten, arbeiten wir nach einem Bestellsystem. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, den Termin so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen. Nur so sind wir in der Lage, die für Sie reservierte Zeit anderweitig zu verplanen. Aus Gründen der Fairness möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Ihnen eine Ausfallrechnung auf Grundlage der maßgebenden Gebührenliste Ihrer Krankenkasse gestellt werden kann, sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen. Diese Regelung gilt selbstverständlich nur für Fälle, in denen Sie den Termin aus eigenem Verschulden nicht wahrgenommen haben.

Datum, Unterschrift: _____



- 1.) Wo haben Sie ihre Probleme? (bitte einzeichnen):
- 2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____
- 3.) Haben Sie **Schmerzen**? tags / nachts? 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 Ihre **Beschwerden** schon? _____
- 9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? _____
- 10.) Was **verbessert** Ihre **Beschwerden** (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, 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 maximal
- 13.) Wie stark sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximal
- 14.) Haben Sie Ihre **Beschwerden: permanent / mit Unterbrechungen**
- 15.) Sind Ihre **Beschwerden**: gleich bleibend / besser werdend / verschlechternd
- 16.) Haben Sie **Schmerzen** bei:: Husten / Niesen / Pressen / Schlucken?
- 17.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja / nein
- 18.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja / nein
- 19.) Sind Sie **schwanger**? ja / nein
- 20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht oder Schluckstörungen**? ja / nein
- 21.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? ja / nein
- 22.) Haben Sie Probleme mit den **inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung,...)? ja / nein
- 23.) Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein)? ja / nein
- 24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja / nein
- 25.) Hatten Sie jemals einen **Tumor oder eine Krebserkrankung**? ja / nein
- 26.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja / nein
- 27.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja / nein
- 28.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle und/oder Operationen**? ja / nein
welche? _____
- 29.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja / nein
welche? _____
- 30.) Haben Sie **Angst bzw. Bedenken**, dass Belastung / Bewegung Ihrem Problem schadet?
ja / nein
- 31.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik / Therapie** wurden bisher durchgeführt?
Röntgen / CT / MRT / Spritze / Massage Physiotherapie /Anderes:
welche? _____