

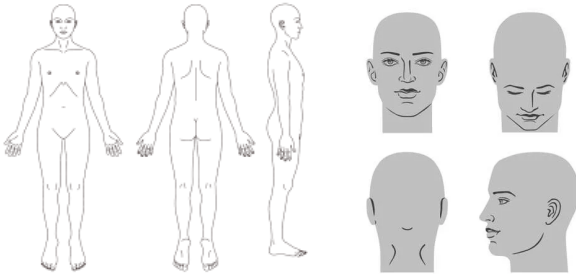


Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

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:
Telefon privat:	Mobil:
Geburtsdatum:	Beruf:
Größe/ Gewicht:	Sport/ Hobby:

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



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

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

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

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/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 (maximaler Schmerz)

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

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

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

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

17.) Sind Sie **schwanger**? 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

Welche?: _____

22.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS, Allergien o.ä.)? ja nein

Welche?: _____

23.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein Welche/ Wofür? _____

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

25.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? 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

Wenn ja, was und wann? _____

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

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

Anderes: _____

30.) Sind Sie im Moment besonderen **Belastungen ausgesetzt** (familiär/ beruflich)? ja nein

31.) **Rauchen** Sie? ja nein Sind Sie **Alkohol oder Drogen** zugeneigt? ja nein

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

33.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hör-, Menstruations-, Kieferprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja nein

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?
