

**Sehr geehrte/r Patient/-in,**

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar nötige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. **Die Fragen beziehen sich auf Ihr Hauptproblem.** Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Größe: \_\_\_\_\_ in cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ in kg  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Wochenstunden: \_\_\_\_\_  
 Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

Was ist Ihr **Hauptproblem**? \_\_\_\_\_

**3 Aktivitäten** im Alltag, die Ihre Beschwerden **verschlechtern?**

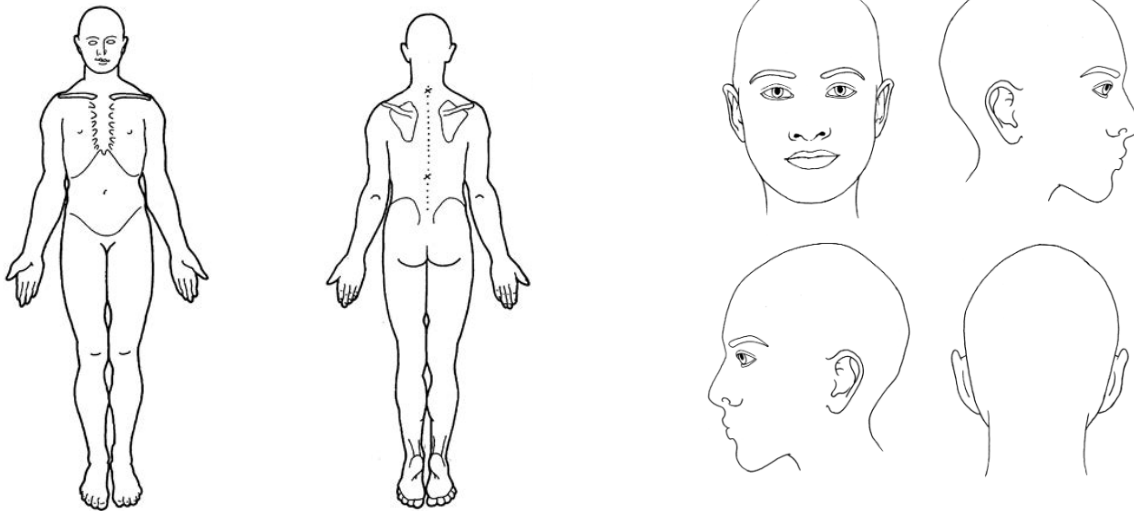
(Beispiele: Aktivität, Ruhe, Liegen, Schlafen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Arbeit, Hobby, Sport, etc.)

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Bsp. Aktivität, Ruhe, Liegen, Gehen, Schmerzmittel, etc.)

---

**Wo** haben Sie Ihre Beschwerden? ( bitte einzeichnen )



**Wie stark** sind die Schmerzen **aktuell** ( letzten 48h )?

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

Zu **welcher Tageszeit** haben Sie Beschwerden? Morgens, mittags, abends, nachts, permanent? ( einkreisen )

**Wie lange** haben Sie die Beschwerden schon? \_\_\_\_\_ Wochen / Monate / Jahre ( bitte einkreisen )

Gab es einen **Auslöser / Unfall** bezüglich Ihrer Beschwerden?

Ja  **Nein**

Wenn ja? \_\_\_\_\_

**Weiterführende Fragen**

Welche **Maßnahmen** wurden zu Ihrem **jetzigen Problem** durchgeführt ( bitte ankreuzen ):

- Ultraschall  Röntgen  MRT  CT  Spritze  Medikamente  Physio  Massage

**Allgemeiner Gesundheitszustand** ( bitte einkreisen ):

Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Jucken)? Ja  **Nein**

Leiden Sie unter **Sehstörungen, Sprechstörungen, Hörstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Schluckbeschwerden** oder **Erbrechen**? Ja  **Nein**

Leiden Sie unter **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche** oder **Inkontinenz** Ja  **Nein**

Haben Sie **erhöhte Temperatur, Fieber** oder **starkes nächtliches Schwitzen?** , Ja  **Nein**

Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja  **Nein**

Sind Sie in **ärztlicher / therapeutischer Behandlung**? Falls ja, weshalb: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Chronische Krankheiten:**

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt ( bitte ankreuzen )?

- Diabetes**  **Osteoporose**  **Störung der Schilddrüse**  **Krebs**  
 **Herz-Kreislauferkrankungen**  **Blutgerinnungsstörungen**  **Rheuma**  
 **Neurologische Erkrankungen**  **Hormonstörungen**  **Organstörungen**  
 **Sonstiges:** \_\_\_\_\_

Gab es in Ihrer **Familie** Fälle von ( bitte ankreuzen ):

- Krebs**  **Osteoporose**  **Herz-Kreislauferkrankungen**  
 **Schlaganfall**  **Bluterkrankungen**  **Rheuma**

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Ja  **Nein**

Grund der Einnahme	Medikament	Seit

**Sport/Bewegung:**

Was machen Sie regelmäßig (mindestens 1x pro Woche) als Bewegung ( bitte einkreisen ):

- Spaziergehen  Radfahren  Gymnastik  Krafttraining  Ausdauer  Sport: \_\_\_\_\_

Was sind Ihre **Erwartungen und Ziele** in der Therapie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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