



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

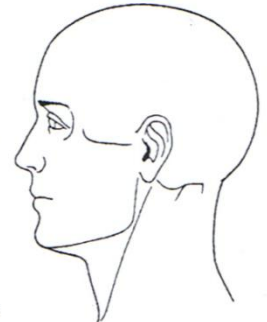
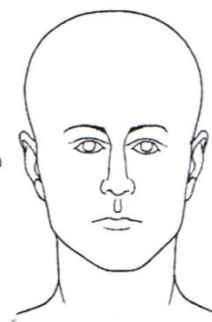
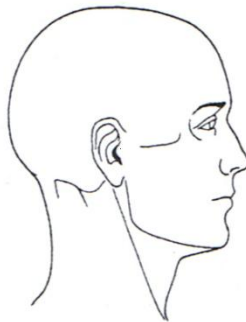
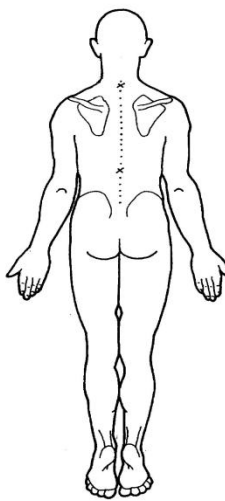
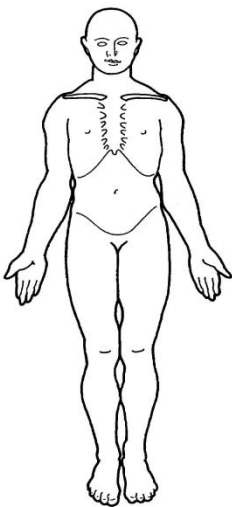
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/privat/Beihilfe \_\_\_\_\_

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. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

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

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



2.) \

3.) †

4.) |

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

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

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

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

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

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

18.) Sind Sie schwanger? ja  nein

19.) Haben Sie Kopfschmerzen? ja  nein

20.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, 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, etc.)? ja  nein

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

24.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja  nein

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

26.) Haben Sie nachts Schmerzen? ja  nein

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

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

29.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja  nein

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

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

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

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

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

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