

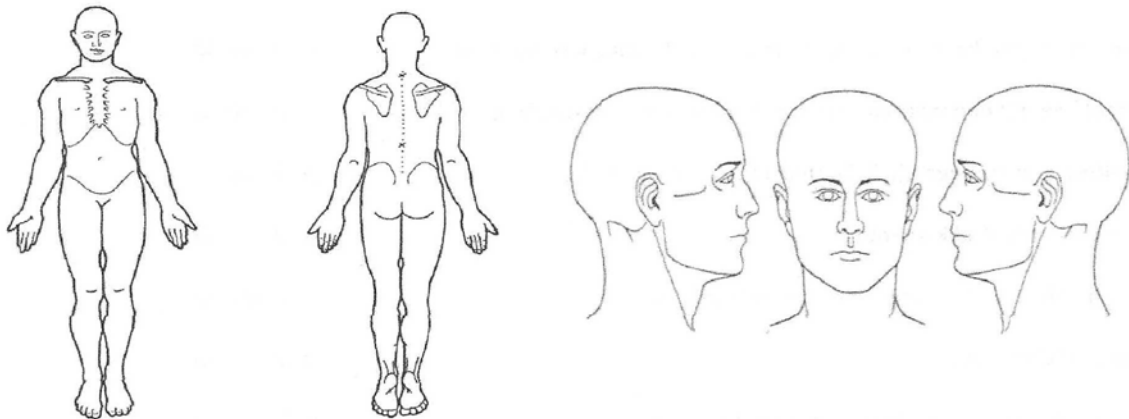
Sehr geehrte Damen, sehr geehrter Herren,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich 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:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Telefon/Handy:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Versicherung (bitte ankreuzen):	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Beihilfe
Hausarzt:	<input type="text"/>		
Alter:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
		Sport/Hobby:	<input type="text"/>

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



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

3.) Haben Sie aktuell **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 ankreuzen):

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

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte ankreuzen):

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

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent** **mit Unterbrechungen**

15.) Sind Ihre Beschwerden: **gleichbleibend** **besser werdend** **verschlechternd**

16.) Haben Sie Schmerzen beim: Husten Niesen Pressen Schlucken

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 inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? Ja Nein

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)? 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 der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? Ja Nein

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?
Wenn ja, was und wann?

Ja Nein

30.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt?

- Röntgen
- Computertomographie
- Kernspintomographie (MRT)
- Spritze

- Massage Physiotherapie
- Anderes:

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

Ja Nein

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird?

Ja Nein

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

Ja Nein

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