



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln. Deshalb benötigen wir Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Angaben werden elektronisch gespeichert und unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Mobil: _____ Tel. privat/gesch. _____ Email: _____

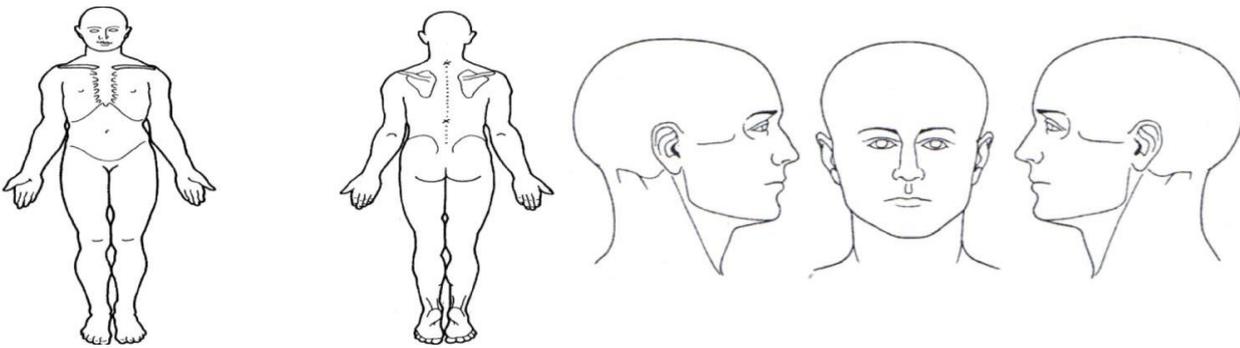
Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Krankenversicherung (bitte einkreisen): privat / Beihilfe / gesetzlich versichert

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (bitte einkreisen) Telefonbuch / Internet/ Flyer / Anzeige / Empfehlung: _____ / Arzt: _____

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



Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

2. Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, Operation, etc.)? _____

3. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja nein

4. Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? Ja nein

5. Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? Ja nein

6. Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

7. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

8. Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Wärme, Kälte)? _____

9. Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)? _____

10. Haben Sie **Schmerzen**? Ja nein

Wie stark sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

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

Bitte wenden...

11. Inwieweit haben die **Schmerzen** Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der **Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten** zu Hause, im Beruf und im Sport **behindert?** (bitte jeweils ankreuzen)

	Überhaupt nicht 1	Ein bisschen 2	Mäßig 3	Ziemlich 4	Sehr 5
Alltag					
Beruf					
Sport					

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

13. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich bleibend / besser werdend / schlechter werdend?**

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

15. Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen?** Ja nein

16. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen?** Ja nein

17. Haben Sie eine der Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose, Asthma, COPD?** Ja nein

18. Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, niederer Blutdruck, Fieber, etc.)? Ja nein

19. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja nein

Falls ja, welche(Dosierung)? _____

20. Hatten Sie jemals einen **Tumor, oder eine Krebserkrankung?** Ja nein

21. Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand** im Allgemeinen beschreiben? (bitte einkreisen)

Ausgezeichnet 1	Sehr gut 2	Gut 3	Weniger gut 4	Schlecht 5
--------------------	---------------	----------	------------------	---------------

22. Haben Sie **nachts Schmerzen?** Ja nein

23. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle und/oder Operationen?** Ja nein

Falls ja, welche bitte mit Jahreszahl: _____

24. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? Ja nein

25. Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? Ja nein

26. Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage/Physiotherapie /Anderes: _____

27. Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____

Eine Absage sollte, aus welchen Gründen auch immer, spätestens 24h vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider privat in Rechnung stellen, da uns bei kurzfristigen Absagen die Möglichkeit genommen wird, den Termin anderweitig zu vergeben und Umsatzausfälle entstehen. Die Höhe des Rechnungsbetrages entspricht dem aktuellen Erstattungswert der Kassen (i.d.R. zw. 25,- bis 35,- Euro) bzw. unseren Privatpreisen. Wir bitten um ihr Verständnis!

Datum: _____ Unterschrift (Evtl. des Erziehungsberechtigten)