



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine optimale Behandlung benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und dem aktuellen Beschwerdebild. Bitte füllen Sie die nachstehenden Fragen so genau wie möglich aus. Alle von Ihnen gegebenen Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ Email: _____

Versicherung: _____

Geb.datum: _____ Hausarzt: _____

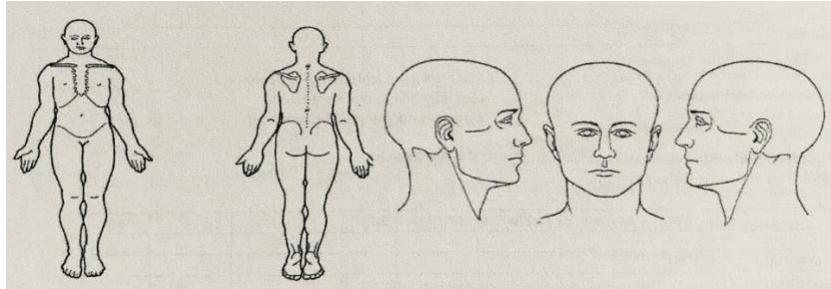
Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Eine Absage muss 24h vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig stornierte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte beantworten Sie folgenden Anamnese Fragenkatalog:

1. Wo haben Sie Beschwerden? Bitte einzeichnen. ja nein



1. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? ja nein

2. Was sind Ihre **Nebenbeschwerden**? ja nein

3. Haben Sie Schmerzen? ja nein

4. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

5. Ist Ihre Sensibilität verändert?
(Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit) ja nein
6. Ist Ihre Kraft verändert?
(Kraftlosigkeit, Lähmung) ja nein
7. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?
-
8. Wie lange haben Sie Ihre Haupt- und Nebenbeschwerden schon?
-
9. Gab es einen Auslöser für Ihre **Haupt**- und **Neben**beschwerden? (Unfall, Operation, Nahrungsunverträglichkeit?...)
-
10. Was verbessert Ihre Beschwerden? (Ruhe, Aktivität, Nahrungskarenz, Isolation, Krankschreibung...)
-
11. Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (Aktivität, Nahrungsaufnahme, Stress, Arbeitsplatz,...)
-
12. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? Bitte einkreisen
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
13. Wie stark sind die Schmerzen maximal? (bitte einkreisen)
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)
14. Wie ist Ihr allgemeiner Funktionsstatus? (bitte einkreisen)
(Ich funktioniere nicht) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Ich funktioniere ohne Einschränkung)
15. Wie ist Ihre Stimmung? (bitte einkreisen)
(niedergeschlagen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (beste Stimmungslage, euphorisch)
16. Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent/ mit Unterbrechungen
Beschreiben Sie kurz den Tages-Verlauf Ihrer Beschwerden:
-
-
-
-
-
17. Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet (Bitte einkreisen)
Hauptbeschwerden: gleich / Besser werdend / verschlechternd
Nebenbeschwerden: gleich / besser werdend / verschlechternd
18. Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen)
Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?
19. Haben Sie Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen? ja nein
20. Sind Sie schwanger? ja nein
21. Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein
22. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? ja nein
23. Sind sie Diabetiker/in? ja nein
24. Haben Sie Osteoporose? ja nein
25. Haben Sie weitere Erkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein usw.) ja nein
26. Haben Sie Beschwerden mit dem vegetativen Nervensystem? (z.B. Schwitzen, Frösteln,...) ja nein

Wenn ja welche?

27. Haben Sie Beschwerden mit dem Verdauungstrakt? ja nein
Wenn ja, welche?

28. Nehmen Sie **Medikamente** ein?
Wenn ja, welche bitte mit Dosierung

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

30. Haben Sie **nachts** Schmerzen? ja nein

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

32. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen? ja nein

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

Wenn ja, welche bitte mit Jahreszahl:

34. Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den **Haupt/Neben**beschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, usw.)?
Wenn ja, welche?

35. Fühlen Sie sich psychisch belastet? (z.B. am Arbeitsplatz, familiär,...) ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz:

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

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

38. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?
(Bitte einkreisen)

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

39. Welche Therapieformen wurden bereits durchgeführt und mit welchem Therapieerfolg?

40. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?
