

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

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_

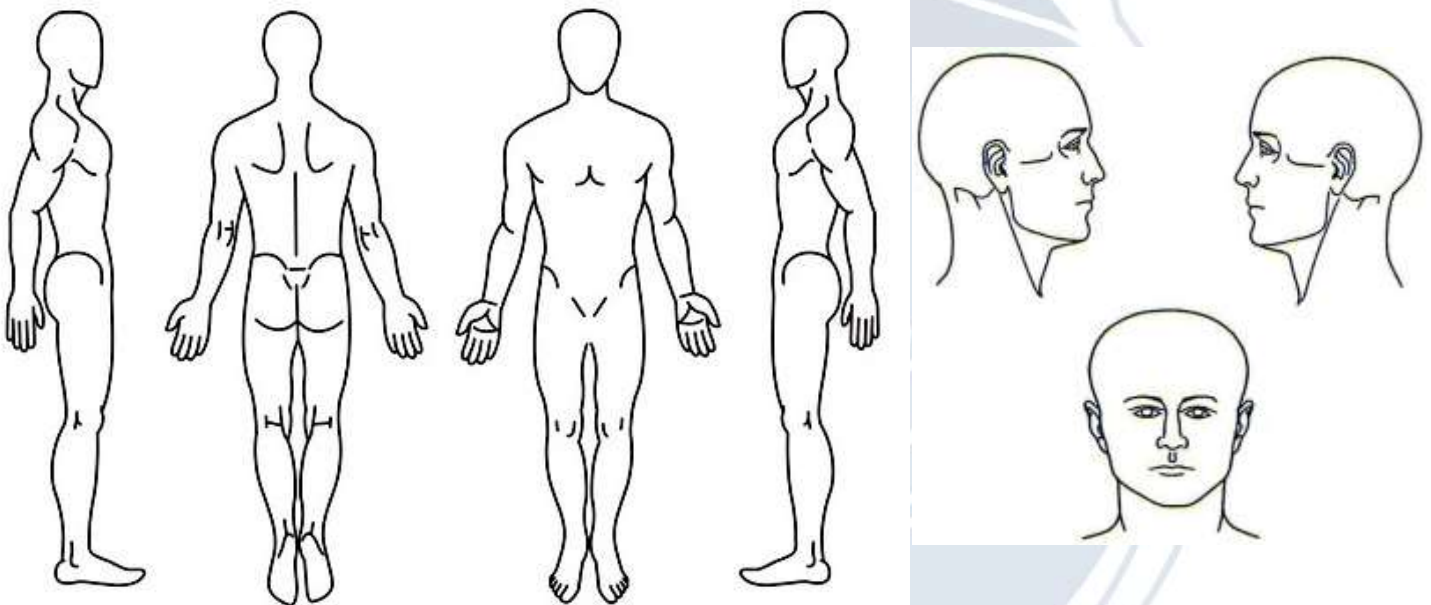
Alter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

Diagnose laut Rezept: \_\_\_\_\_



Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?

Haben Sie Schmerzen?

ja  nein

Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

ja  nein

Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)?

ja  nein

Ist Ihre Kraft (im neurologischen Sinn) verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

ja  nein

Leiden Sie unter, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Krämpfe oder Inkontinenz?

ja  nein

Wenn Sie eine der letzten drei Fragen mit Ja beantwortet haben fügen Sie bitte den Bogen Neurologie bei.

Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? \_\_\_\_\_

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? \_\_\_\_\_

a) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte unterstreichen)

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Nahrungsaufnahme, Zyklus, Stuhlgang, Wasserlassen,

Sonstiges: \_\_\_\_\_



Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell

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

Beschreiben Sie kurz den Tages-Verlauf Ihrer Beschwerden: \_\_\_\_\_

Wie ist momentan Ihr allgemeiner Funktionsstatus?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10  
(Ich funktioniere überhaupt nicht) (Funktion ohne Einschränkung)Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturz/OP, der im Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen könnte? Kurz nennen: \_\_\_\_\_ ja  nein 

Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10  
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja  nein 

Mein Schmerz wurde durch körperliche Betätigung verursacht. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Bitte die Summe aus den nächsten vier Fragen zusammenrechnen

Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden. 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Ich sollte keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Ich kann keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Wenn die Summe größer ist als 15 fügen Sie bitte noch den Bogen für chronische Schmerzen bei. Summe: \_\_\_\_\_

Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? (bitte einkreisen)

Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen) ja  nein Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Doppelbildern, Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Tinnitus, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, gestörte Bewegungskoordination, Schwindel, Übelkeit verändertertes Riechen, Schmecken? (bitte einkreisen) ja  nein Leiden Sie unter Fieber, extremes nächtliches Schwitzen, Schluckbeschwerden, Kurzatmigkeit, morgendlicher Steifheit, leichte Blutergüsse? (bitte einkreisen) ja  nein Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? Wenn ja, bitte auch den Medikamentenplanausfüllen. ja  nein Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja  nein Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja  nein Rauchen Sie? ja  nein 

Bewegen Sie sich pro Woche

150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja  nein 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja  nein



Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

ja  nein

Können Sie nachts durchschlafen?

ja  nein

Wenn Sie die letzten beiden Fragen mit Ja beantwortet haben fügen Sie bitte noch den Bogen für Schlafverhalten bei.

Wie ist Ihre Stimmung?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(niedergeschlagen)

(bester Stimmungslage, euphorisch)

Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird?

ja  nein

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?  
Überhaupt nicht (1) - An einzelnen Tagen (2) - An mehr als der Hälfte der Tag (3) - Beinahe jeden Tag (4)

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Summe aus den letzten zwei Fragen: \_\_\_\_\_

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren. 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Summe aus den letzten zwei Fragen: \_\_\_\_\_

Ist eine der letzten beiden Summe über drei fügen Sie bitte noch den Bogen für Psychosomatik bei.

Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme im Bewegungsapparat?

ja  nein

Kreisen Sie bitte die Entsprechende Region ein und wenn möglich erklären Sie genauer:  
Fuß, Unterschenkel, Knie, Oberschenkel, Hüfte, Becken, Bauch, Brust, Wirbelsäule, Schultern,  
Arme, Ellenbogen, Hand, Nacken, Kopf, Kiefer, Sonstiges

Haben Sie andere bedeutsame Nebenerkrankungen in folgenden Bereichen?

ja  nein

Kreisen Sie bitte die Entsprechende Region ein und wenn möglich erklären Sie genauer:  
Psyche, Nerven, Knochen, Immunsystem, Ohren, Nase, Augen, Mund, Schilddrüse, Lunge, Herz,  
Speiseröhre, Magen, Dünndarm, Dickdarm, Unverträglichkeiten, Allergien, Leber, Gallenblase,  
Bauchspeicheldrüse, Nieren, Blase, Gynäkologisch, Urologisch, Sonstiges

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

Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/Anderes

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie: \_\_\_\_\_