

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. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

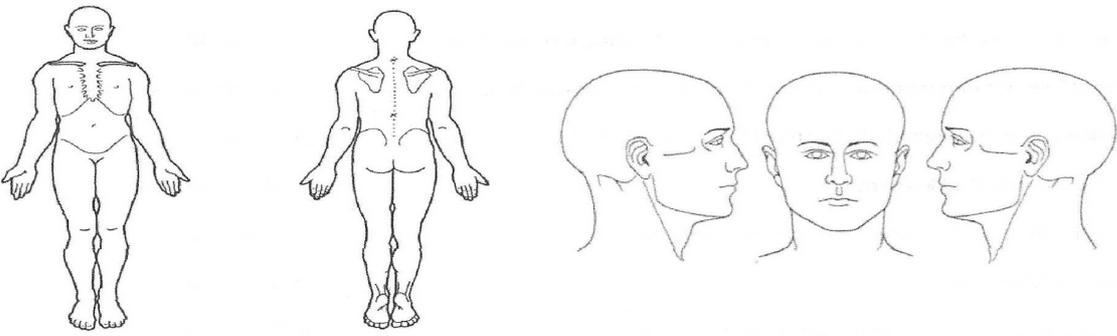
Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Sport/ Hobby: _____

1.	Wo haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)		
			
2.	Was sind Ihre Hauptbeschwerden?		
3.	Haben Sie Schmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4.	Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 ☺ ☹		
5.	Ist Ihre Beweglichkeit verändert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6.	Ist Ihre Sensibilität verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7.	Ist Ihre Kraft verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.	Wie lange haben Sie die Beschwerden schon? _____		
9.	Kamen sie schon einmal vor? Wenn ja, wann? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.	Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?(Sturz, Unfall)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.	Haben Sie Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechung ? (bitte einkreisen)		
12.	Was verbessert Ihre Beschwerden? _____ Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____		
13.	Haben Sie nachts Schmerzen und/oder vermehrtes nächtliches Schwitzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.	Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

15.	Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle, Benommenheit, Fieber, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern? (bitte einkreisen)		
16.	Leiden Sie unter Seh-, Sprech-, Hörproblemen, Inkontinenz, Verstopfung, morgendlicher Steifigkeit, leichten Blutergüssen, Kurzatmigkeit oder Krämpfen? (bitte einkreisen)		
17.	Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen? _____		
18.	Hatten Sie in Ihrem Leben schon einmal Unfälle oder Operationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
19.	Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
20.	Haben Sie andere Erkrankungen wie: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Hormonstörungen <input type="checkbox"/> Organstörungen <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Drüsenstörungen <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV/ Aids <input type="checkbox"/> psychische Leiden		
21.	Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
22.	Rauchen Sie ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
23.	Haben Sie sich in den letzten Wochen aufgrund der Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
24.	Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen oder nachts durchzuschlafen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
25.	Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?(Röntgen, CT, MRT, Spritzen, Physiotherapie, Training) _____		
26.	Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____		

Organisatorisches:

Termine müssen spätestens 24 Stunden vor Therapiebeginn abgesagt werden. Ansonsten werden diese privat in Rechnung gestellt. Die Ausfallgebühr beträgt 25 €.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden Arzt:in, oder an praxisinterne Kollegen:innen für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!