

Sehr verehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Im Zuge der Therapie kann es vorkommen, dass Foto- oder Videoaufnahmen von ihnen entstehen, diese werden natürlich ebenso vertraulich behandelt.

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Adresse:		
Tel. privat:	Tel. gesch.:	Mobil:
E-Mail:		
Arbeitgeber:		
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Beruf:	Sport/Hobby:	Hausarzt:

Eine Absage muss telefonisch, nicht per email, spätestens 5 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Bitte denken Sie daran, vor der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen für Ihr Rezept zu leisten.

Kenntnis genommen:

Datum:

Unterschrift:

1.) Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Hauptbeschwerden:

2.) Haben Sie Schmerzen? ja nein
Wenn ja, wann? morgens tagsüber nachts

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

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

4.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen):

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

5.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

ja nein

6.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)?

ja nein

7.) Haben Sie einen Kraftverlust?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? seit:	
10.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?	
11.) Was verbessert Ihre Beschwerden	<input type="checkbox"/> Aktivität <input type="checkbox"/> Bewegung <input type="checkbox"/> Ruhe <input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Liegen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Tragen
12.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden (siehe oben)?	
13.) Haben Sie Ihre Beschwerden	<input type="checkbox"/> mit Unterbrechungen <input type="checkbox"/> permanent
14.) Sind Ihre Beschwerden	<input type="checkbox"/> gleich bleibend <input type="checkbox"/> bessernd <input type="checkbox"/> verschlechternd
15.) Schmerzen beim	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Niesen <input type="checkbox"/> Pressen <input type="checkbox"/> Schlucken?
16.) Leiden Sie unter	<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfällen <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
17.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Osteoporose?
18.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein?	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 in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
21.) Haben Sie Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
22.) Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
23.) Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
24.) Haben Sie Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
25.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
26.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen:	<input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Defibrillator <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Metall im Körper (z.B. TEP) <input type="checkbox"/> Seh-, Sprech-, Hörprobleme
27.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie <input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRT) <input type="checkbox"/> Spritzen <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Anderes:	
28.) Wie ist ihre häusliche Situation?	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Stockwerk <input type="checkbox"/> Treppen
29.) Mit Fotos, bzw. Videos zur Dokumentation bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
30.) Beschreiben Sie bitte Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie	
Datum/Namenszeichen Therapeut	