



## Sehr geehrte 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. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

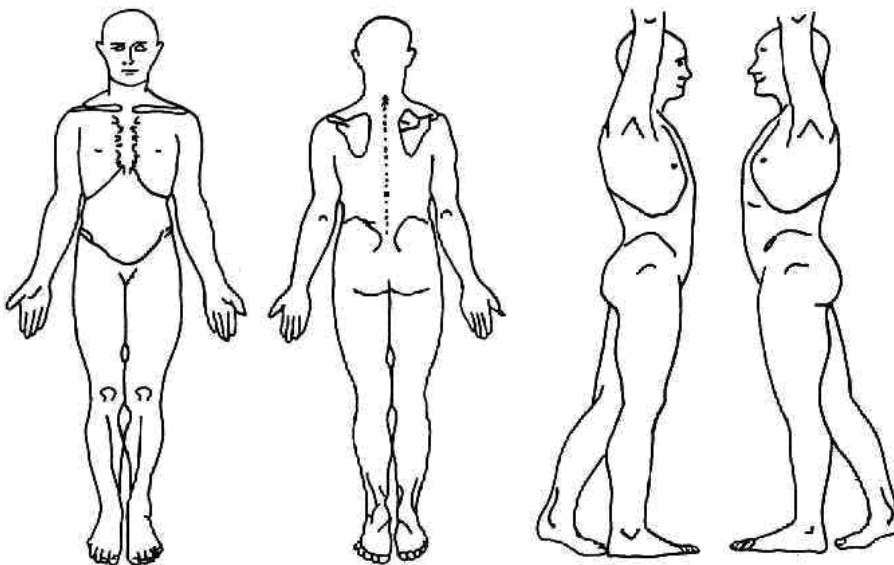
Versicherung (bitte einkreisen): privat/Beihilfe \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Sport/Hobby: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

3.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja  nein

6.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja  nein

7.) Was bereitet Ihnen im **Alltag Beschwerden**?

---

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?

---

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

---

10.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

---

11.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

---

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

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

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

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

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

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend/**besser** werdend/**verschlechternd**

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): Husten/Niesen/Pressen/Schlucken? ja  nein

17.) Haben Sie Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen? ja  nein

18.) Sind Sie schwanger ? ja  nein

20.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen? ja  nein

21.) Haben sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? ja  nein

22.) Haben Sie Probleme mit den inneren Organen ? ja  nein

23.) Haben Sie weitere Erkrankungen(z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja  nein

24.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja  nein

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

26.) Haben Sie nachts Schmerzen? ja  nein

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

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

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

30.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)  
Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage  
Physiotherapie / Anderes: \_\_\_\_\_

31.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? \_\_\_\_\_