

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

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

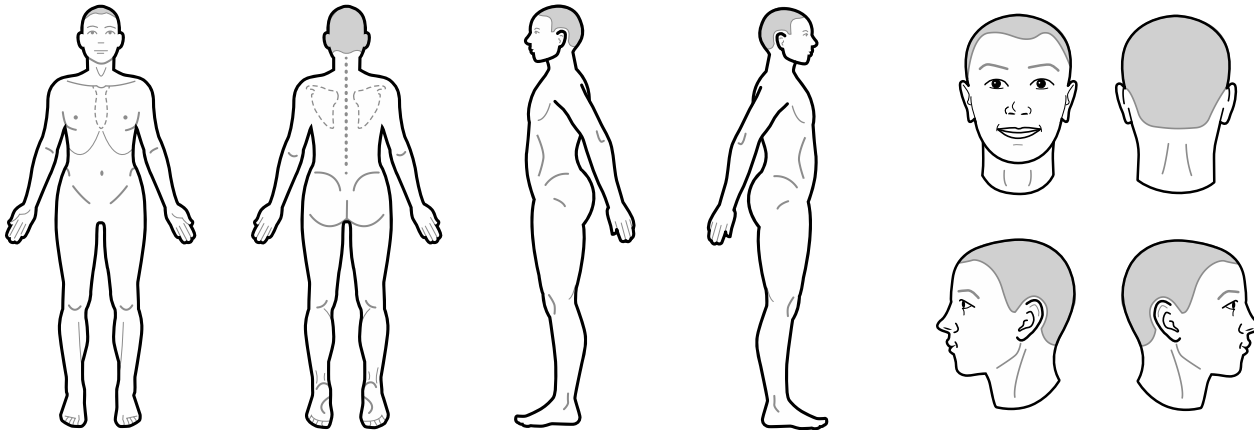
Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: _____ Alter: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

1.) Wo haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie Schmerzen? ja ☐ nein ☐

3.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja ☐ nein ☐

4.) Ist Ihre Sensibilität verändert (z. B. Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln) ja ☐ nein ☐

5.) Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung) ja ☐ nein ☐

6.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? _____

7.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

8.) a) Was verbessert Ihre Beschwerden?

Aktivität ☐, Ruhe ☐, Liegen ☐, Sitzen ☐, Aufstehen ☐, Bücken ☐, Beugen ☐, Stehen ☐, Gehen ☐, Laufen ☐, Heben ☐, Tragen ☐, Überkopparbeit ☐, Greifen ☐, Arbeit ☐, Hobby ☐, Sport ☐, morgens ☐, mittags ☐, abends ☐, Sonstiges: _____

b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Aktivität ☐, Ruhe ☐, Liegen ☐, Sitzen ☐, Aufstehen ☐, Bücken ☐, Beugen ☐, Stehen ☐, Gehen ☐, Laufen ☐, Heben ☐, Tragen ☐, Überkopparbeit ☐, Greifen ☐, Arbeit ☐, Hobby ☐, Sport ☐, morgens ☐, mittags ☐, abends ☐, Sonstiges: _____

9.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? (bitte kennzeichnen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

Zur Beantwortung der Fragen 10-18 denken Sie bitte nur an die vergangenen zwei Wochen:

10.) Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt? (bitte kennzeichnen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

11.) Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja ☐ nein ☐

12.) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja ☐ nein ☐

13.) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja ☐ nein ☐

14.) Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja ☐ nein ☐

15.) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ja ☐ nein ☐

- 16.) Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja ☐ nein ☐
- 17.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja ☐ nein ☐
- 18.) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja ☐ nein ☐
- 19.) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja ☐ nein ☐
- 20.) Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?
Brennen ☐, Gefühl einer schmerzhaften Kälte ☐, elektrische Schläge ☐ nein ☐
- 21.) Treten folgende Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?
Kribbeln ☐ Piksen ☐ Taubheitsgefühl ☐ Juckreiz ☐ nein ☐
- 22.) Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent ☐ / mit Unterbrechungen ☐?
- 23.) Sind Ihre Beschwerden: besser werdend ☐ / gleichbleibend ☐ / schlechter werdend ☐ / variabel ☐?
- 24.) Haben Sie aktuell Ruheschmerzen ☐ / Nachtschmerzen ☐ / Dauerschmerzen ☐? nein ☐
- 25.) Leiden Sie unter: Kopfschmerzen ☐, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen ☐, Blasenschwäche ☐, Schwindel ☐, Übelkeit ☐, Ohnmachtsanfällen ☐, Benommenheit ☐, Fieber ☐, extremes nächtliches Schwitzen ☐, Schluckbeschwerden ☐, Doppelbilder ☐? nein ☐
- 26.) Leiden sie unter: Sehproblemen ☐, Sprechproblemen ☐, Hörproblemen ☐, Inkontinenz ☐, Verdauungsbeschwerden ☐, morgendliche Steifheit ☐, leichte Blutergüsse ☐, Kurzatmigkeit ☐, Krämpfe ☐? nein ☐
- 27.) Sind Sie Asthmatiker/in ☐, Diabetiker/in ☐, haben Sie Osteoporose ☐ oder andere Erkrankungen: _____? nein ☐
- 28.) Nehmen Sie momentan Medikamente wie: Kortison ☐, Blutverdünner ☐, Betablocker ☐, andere Medikamente: _____? nein ☐
- 29.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja ☐ nein ☐
Welche? _____ Wann? _____
- 30.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja ☐ nein ☐
- 31.) Hatten Sie einen Unfall ☐ / Trauma ☐ / Sturzattacke ☐ / OP ☐, anderes Ereignis: _____ das im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden stehen könnte? nein ☐
- 32.) Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐
- 33.) Würden Sie Ihre Ernährung als gut bzw. ausgewogen bezeichnen? ja ☐ nein ☐
- 34.) Bewegen Sie sich pro Woche 150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich) oder 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja ☐ nein ☐
- 35.) Machen Sie 2 x in der Woche Krafttraining? ja ☐ nein ☐
- 36.) Befinden Sie sich in den Wechseljahren? ☐ Besteht die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft? ☐ nein ☐
- 37.) Haben Sie Schwierigkeiten abends einzuschlafen oder nachts durchzuschlafen? ja ☐ nein ☐
- 38.) Wie gestresst fühlen Sie sich im Alltag? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Stress) (maximaler Stress)
- 39.) Wie eingeschränkt fühlen Sie sich bei Ihren Alltagsaktivitäten? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(keine Einschränkung) (Alltag nicht möglich)
- 40.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?
Röntgen ☐, Computertomographie ☐, Kernspintomographie ☐, Spritze ☐, Massage ☐, Physiotherapie ☐, Training ☐,
Anderes: _____
- 41.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____

Anmerkungen Therapeut: _____