

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: _____ **E-Mail:** _____

Versicherung gesetzlich : Zuzahlung befreit: ja/ nein privat : Beihilfe :

Alter: _____ **Beruf:** _____ **Sport / Hobby:** _____ **Hausarzt:** _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

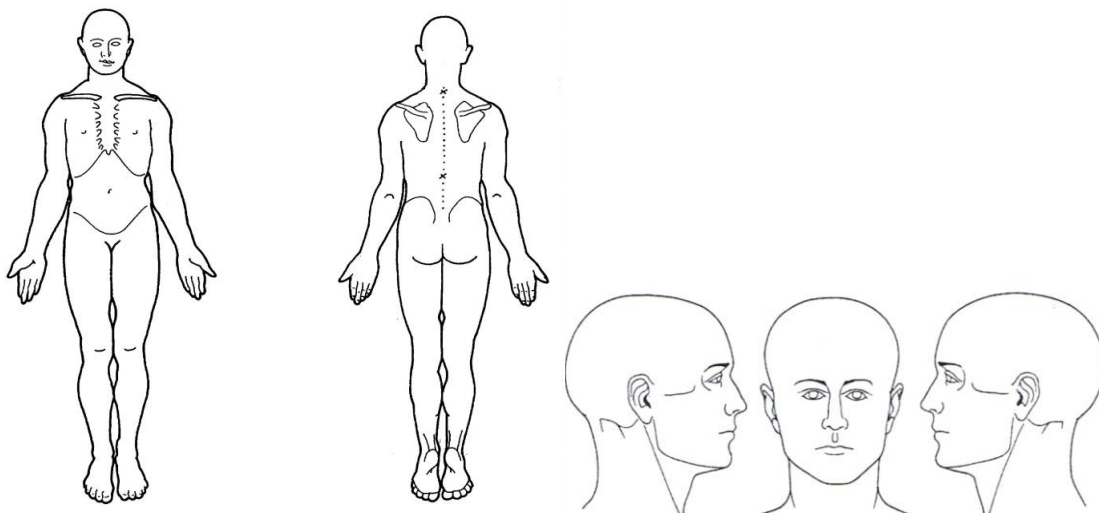
Freunde / Bekannte Das Örtliche Internet

Arzt / Ärztin www.das.oertliche.de Kunden Stopper/ Fensterwerbung

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Unterschrift: _____

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



bitte wenden

2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3.) Haben Sie Schmerzen? ja nein

4.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelercheinungen / 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, ect.)? _____

10.) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte ankreuzen)

Aktivität / Bewegung / Ruhe / Stehen / Sitzen / Liegen / Gehen / Tragen / ect. _____

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.) Haben Sie Schmerzen beim: Husten / Niesen / Pressen / Schlucken ja / nein

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

15.) Sind Sie schwanger? ja / nein

16.) Haben Sie Kopfschmerzen? ja / nein

17.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen? ja / nein

18.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? ja / nein

19.) Haben Sie Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? ja / nein

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

21.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja / nein

22.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja / nein

23.) Haben Sie nachts Schmerzen? ja / nein

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

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

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

27.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, ect.)? ja / nein

28.) Haben Sie Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? ja / nein

29.) Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja / nein

30.) Existieren Röntgenaufnahmen von Ihrer Wirbelsäule / schmerzhaft Körperregion ja / nein