

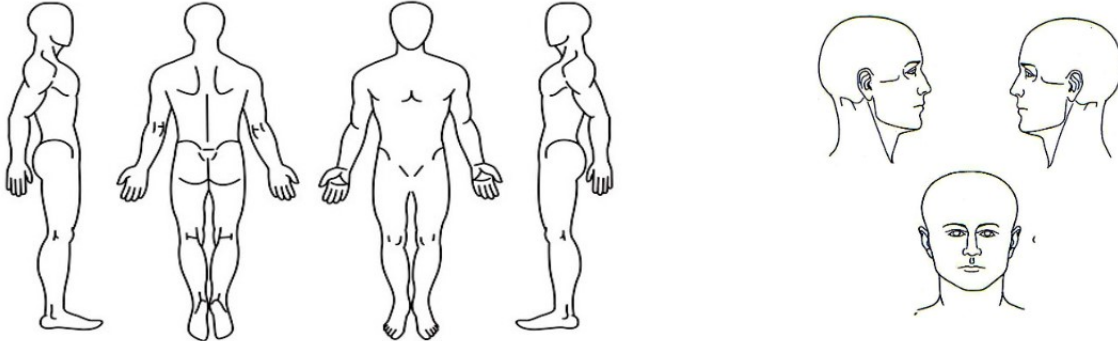
Name:

Vorname:

Beruf:

Hobby/Sport:

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

2.) Haben Sie **Schmerzen**?ja nein 3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?ja nein 4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)?ja nein 5.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?ja nein 6.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden** im Alltag?:7.) Haben Sie Ihre **Beschwerden**permanent mit Unterbrechung 8.) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon?:

9.) Sind Ihre Beschwerden

besser werdend gleich verschlechternd 10.) Gab es einen **Auslöser** (Sturz, Unfall, Operation, Trauma etc.)?11.) Wie stark sind Ihre Schmerzen **aktuell** (einkreisen) und **maximal** (unterstreichen)?

(minimal) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximal)

12.) Weist Ihr **Schmerz** einen der folgenden **Merkmale** auf?Brennen Gefühl einer schmerzhaften Kälte Elektrische Schläge 13.) Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?Kribbeln Pieksen Taubheitsgefühl Juckreiz 14.) Was **verbessert/verschlechtert** Ihre Beschwerden?:

15.) Leiden Sie unter Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern? (bitte einkreisen)

ja nein

16.) Sind Sie **Asthmatiker**? ja nein

17.) Sind Sie **Diabetiker**? ja nein

18.) Haben Sie **Osteoporose**? ja nein

19.) **Rauchen** Sie? ja nein

20.) Besteht aktuell eine **Schwangerschaft**? ja nein

21.) Ist Ihre **Periode/Zyklus** regelmäßig? ja nein

22.) Haben Sie **andere Erkrankungen**?

23.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? (bitte Auflisten)

25.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja nein

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

27.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber**, nächtliches/**extremes Schwitzen** ja nein

28.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle/Operationen**?:

29.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**? ja nein
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, Durchfall, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?

30.) **Essen** Sie regelmäßig? ja nein

31.) Haben Sie bekannten **Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien**? ja nein

32.) Wie viele **Mahlzeiten** essen Sie gewöhnlich **pro Tag**? 1-2 3-4 5-6

28.) Haben Sie Schwierigkeiten **einzuschlafen**? ja nein

33.) Können Sie nachts **durschlafen**? ja nein

34.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein

35.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein

36.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?

Röntgen CT/MRT Medikamente Spritze Physio Training Anderes

37.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Datum, Unterschrift