



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen zu beantworten. Alle Angaben fallen selbstverständlich unter die therapeutische Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich.

Name: _____ Geb. Datum _____

Beruf: _____

Sport: _____

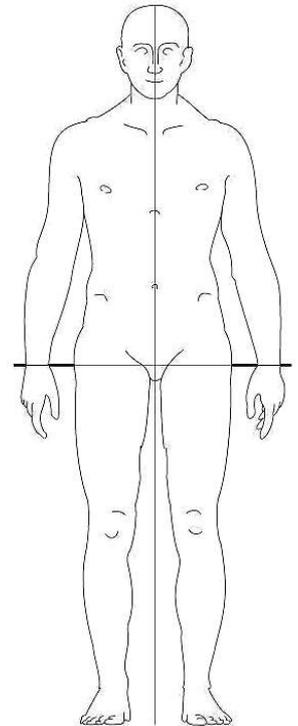
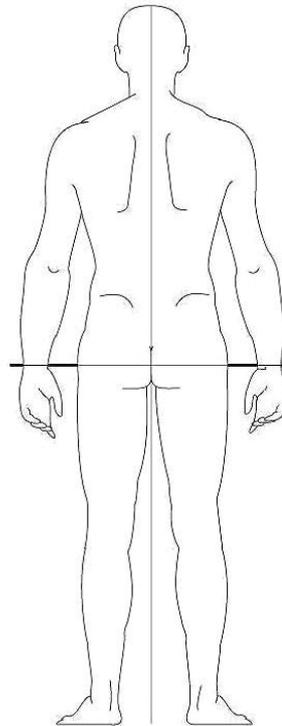
1. Wo haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?
(Sturz, Unfall, OP, bestimmte Bewegung etc.)
O nein O ja

Welchen Auslöser? _____

3. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?
O Tage O Wochen
O Monate O Jahre

genaues Datum? _____



4. Haben Sie Schmerzen?
Wenn „ja“, wie stark sind Ihre Schmerzen? (bitte einkreisen)

O nein O ja

Aktueller Schmerz

(Keine Schmerzen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximale Schmerzen)

Maximaler Schmerz (in den letzten 14 Tagen)

(Keine Schmerzen) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximale Schmerzen)

6. In welchen Situationen treten Ihre Beschwerden auf?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> gehen | <input type="checkbox"/> sitzen | <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> vom Stuhl aufstehen |
| <input type="checkbox"/> liegen | <input type="checkbox"/> heben | <input type="checkbox"/> tragen | <input type="checkbox"/> greifen |
| <input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> Jacke anziehen | <input type="checkbox"/> Socken anziehen | <input type="checkbox"/> Sport |
| <input type="checkbox"/> Treppe gehen | | | |

Sonstiges: _____

7. Ist Ihre Sensibilität verändert? O nein O ja
O Brennen O Kribbeln O Taubheit O Überempfindlichkeit
O Schwindel

8. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? O nein O ja



9. Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?

- Röntgen MRT/CT Spritzen Physiotherapie
 Krafttraining/Ausdauertraining

Sonstiges: _____

10. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer persönlichen Situation?

Beruflich (gar nicht zufrieden) **0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10** (sehr zufrieden)

Familiär (gar nicht zufrieden) **0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10** (sehr zufrieden)

Stresslevel (gar nicht gestresst) **0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10** (sehr gestresst)

Nebenerkrankungen: Leiden (oder litten) Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

- | | |
|--|-------------|
| - Herzerkrankungen | O nein O ja |
| - Gefäßerkrankungen | O nein O ja |
| - Bluthochdruck | O nein O ja |
| - Atemwegserkrankungen | O nein O ja |
| - Diabetes | O nein O ja |
| - Rheuma | O nein O ja |
| - Osteoporose | O nein O ja |
| - Schlaganfall | O nein O ja |
| - Krebserkrankung | O nein O ja |
| - Arthritis | O nein O ja |
| - M. Bechterew | O nein O ja |
| - Blutgerinnungsstörungen | O nein O ja |
| - Haben Sie Metall-Implantate im Körper? | O nein O ja |

Wenn „ja“, wo?: _____

- Allergien O nein O ja

Wenn „ja“, welche?: _____

- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV etc.) O nein O ja

Wenn „ja“, welche?: _____

- Sonstige Erkrankungen: _____

Medikamente: Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente?

- | | |
|----------------------|-------------|
| - Schmerzmittel | O nein O ja |
| - Betablocker | O nein O ja |
| - Cortison | O nein O ja |
| - Gerinnungshemmer | O nein O ja |
| - Hormonbehandlung | O nein O ja |
| - Andere Medikamente | O nein O ja |

Wenn „ja“ welche? _____