

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine optimale Behandlung gewährleisten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihnen und Ihrem Beschwerdebild.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
 Nachname

\_\_\_\_\_  
 Vorname

\_\_\_\_\_  
 Adresse

Versicherung:       gesetzlich       privat

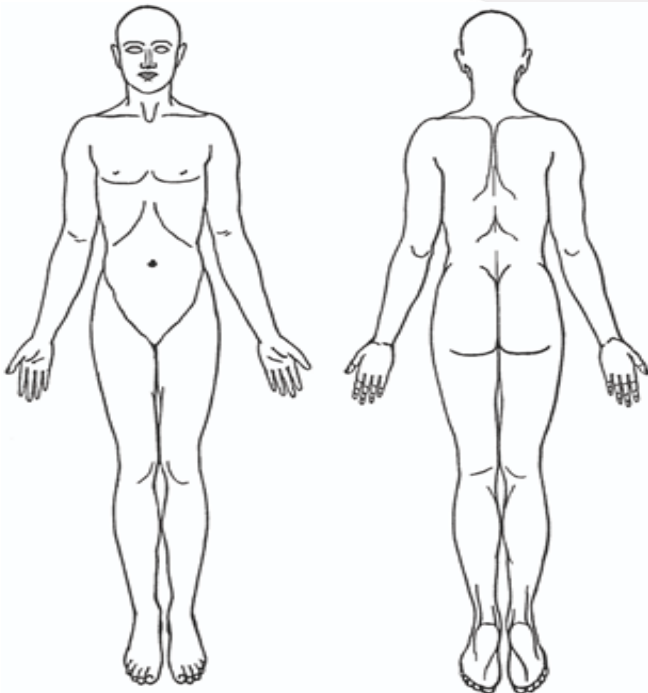
\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 Mobil

\_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
 Beruf

Wo haben Sie Ihre Probleme (bitte einzeichnen)?



Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen?       Ja       Nein

Ist Ihre Beweglichkeit verändert?       Ja       Nein

Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln/Taubheit)?       Ja       Nein

Haben Sie einen Kraftverlust?       Ja       Nein

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

\_\_\_\_\_

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen etc.)?

\_\_\_\_\_

Was verschlechtert Ihre Beschwerden (siehe vorherige Seite)?

---

Wie stark sind Ihre Beschwerden im Moment (bitte einkreisen)?      Kein Schmerz   0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  
Maximaler Schmerz

Haben Sie Ihre Beschwerden:             permanent             mit Unterbrechungen

Sind die Beschwerden:             gleichbleibend             besser werdend             verschlechternd

Haben Sie Schmerzen beim: Husten / Niesen / Pressen / Schlucken?             Ja    Nein

Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?             Ja    Nein

Sind Sie schwanger?             Ja    Nein

Haben Sie Kopfschmerzen?             Ja    Nein

Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?             Ja    Nein

Haben Sie folgende Nebenerkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose, Bluthochdruck, Herzbeschwerden?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit den inneren Organen: Sodbrennen, Verstopfung etc.?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: Schmerzmittel, Cortison, Blutverdünner?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals Tumore oder eine Krebserkrankung?             Ja    Nein

Haben Sie nachts Schmerzen?             Ja    Nein

Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet zu- oder abgenommen?             Ja    Nein

Hatten Sie in letzter Zeit Fieber oder nächtliches Schwitzen?             Ja    Nein

Hatten Sie in Ihrem Leben Unfälle (z.B. Schleudertrauma) und / oder Operationen?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht in Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech- und Hörprobleme, Inkontinenz etc.)?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bisher bereits Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie durchgeführt?

Ja    Nein   Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Röntgen    Spritzen    Massage    Computertomografie    Kernspintomografie

Physiotherapie    Anderes: \_\_\_\_\_

Haben Sie oder besteht der Verdacht auf weitere Erkrankungen wie Hepatitis, HIV, resistente Keime oder SARS-CoV-2?

Ja    Nein   Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift