Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

PHYSIO Reichenau

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherung: bitte einkreisen gesetzlich privat Beihilfe

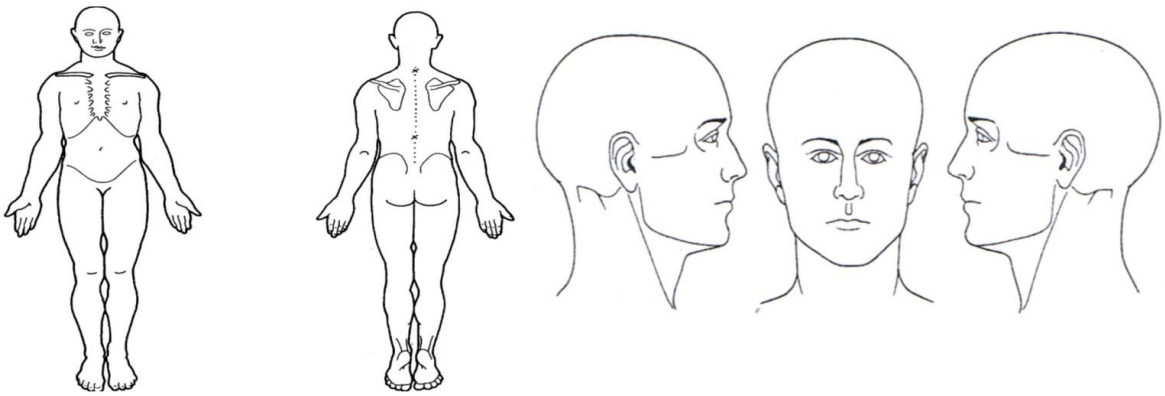
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Hausarzt: _____

Termine bitte bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis absagen. Ansonsten werden diese – sofern diese nicht neu belegt werden können – privat in Rechnung gestellt. Eine Absage kann mündlich per Telefon oder auf dem Anrufbeantworter sowie schriftlich per E-Mail erfolgen.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden/ überweisenden Arzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen (z.B. Therapieberichte) weitergegeben dürfen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

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) ? 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. Haben Sie Ihre **Beschwerden** (bitte einkreisen) ?: permanent/ mit Unterbrechungen
9. Gab es **Auslöser** für ihre **Beschwerden** (Sturz, Unfall, etc.) ? ja ☐ nein ☐
10. Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden ?

    Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts, sonstiges: _____

bitte wenden

11. Wie **stark** sind ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) ?

kein Schmerz 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 maximaler Schmerz

12. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): besser werdend / gleich / verschlechternd

13. Leiden Sie unter Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden ? ja ☐ nein ☐

14. Sind Sie Asthmatiker, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen ? ja ☐ nein ☐

15. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.) ? ja ☐ nein ☐

16. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine andere **Krebserkrankung** ? ja ☐ nein ☐

17. Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen** ? ja ☐ nein ☐

18. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen** ? ja ☐ nein ☐

19. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches / extremes Schwitzen** ? ja ☐ nein ☐

20. Hatten Sie in ihrem Leben schon **Unfälle** und/ oder **Operationen**? ja ☐ nein ☐

21. Haben Sie **sonstige Beschwerden**?

Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja ☐ nein ☐

22. Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen teilweise ausgestrahlt** ? ja ☐ nein ☐

23. Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen** ? ja ☐ nein ☐

24. Wegen meiner Schmerzen bin ich die letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen** ? ja ☐ nein ☐

25. Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen** ? ja ☐ nein ☐

26. Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein. ja ☐ nein ☐

27. Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen** ? ja ☐ nein ☐

28. Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ja ☐ nein ☐

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

30. Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?

überhaupt nicht ☐
wenig ☐
mäßig ☐
stark ☐
äußerst stark ☐

31. Weist ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf?

Brennen: ja ☐ nein ☐
Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja ☐ nein ☐
Elektrische Schläge: ja ☐ nein ☐

32. Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?

Kribbeln: ja ☐ nein ☐
Pieksen: ja ☐ nein ☐
Taubheitsgefühl: ja ☐ nein ☐
Juckreiz: ja ☐ nein ☐

33. Welche **Maßnahme** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)?
Röntgen / Computer-/ Kernspintomographie / Spritze / Massage / Physiotherapie / Training / Anderes

34. Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?_____

_____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!