

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab Informationen zu Ihrer Person und Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Unbefugte weitergegeben.

Angaben zur Person	
Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	e-Mail
Versicherung	gesetzlich privat Art der Versicherung
Beruf	Sport/Hobbies
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	

Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Bei verspäteter Absage wird der ausgefallene Termin in Rechnung gestellt - dies gilt auch im Krankheitsfall.

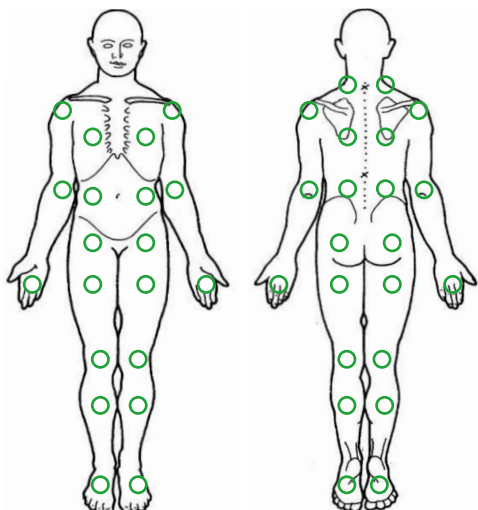
Eine Absage kann jederzeit, an allen Tagen (Montag – Sonntag), vor Ort während der Öffnungszeiten, per Telefon (ggf. auf dem Anrufbeantworter), sowie schriftlich per e-Mail erfolgen. Für die ausgefallene Behandlung wird ein Ersatztermin vereinbart.

Ich willige ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden Arzt, einen praxisinternen Kollegen, an das Inkassounternehmen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen. Weiterhin willige ich ein, dass mein persönliches Fach für den Schonbezug der Behandlungsliege namentlich gekennzeichnet wird.

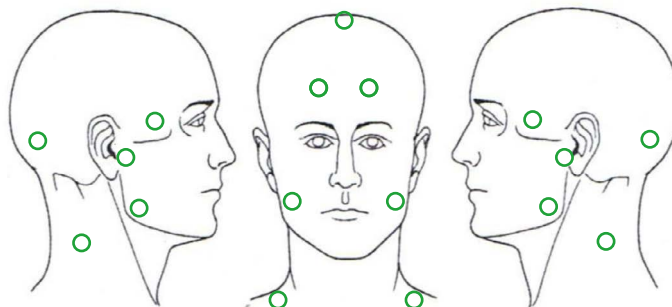
Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)
------------	---

Angaben zur Behandlung

1 Wo haben Sie Ihre Probleme/Schmerzen?



Zum Markieren der betroffenen Areale klicken Sie bitte auf die grünen Kreise. Ein weiterer Klick auf die Markierung entfernt diese wieder.



Angaben zur Behandlung

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 Welche sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

7 Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon?

8 Haben Sie Ihre Beschwerden permanent? mit Unterbrechungen?

9 Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja nein

10 Was verbessert **+** bzw. verschlechtert **-** Ihre Beschwerden?

		+	-			+	-			+	-
Aktivität				Gehen				Hobby			
Ruhe				Laufen				Sport			
Liegen				Heben				Wann im Laufe des Tages verbessern bzw. verschlechtern sich Ihre Beschwerden?			
Sitzen				Tragen							
Aufstehen vom Sitzen				Überkopfarbeit				morgens			
Bücken				Hand auf den Rücken nehmen				mittags			
Beugen				Greifen				abends			
Stehen				Arbeit				nachts			
sonstiges:											

11 Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell und maximal?

	keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Schmerzen
aktuell													
maximal													

12 Sind Ihre Beschwerden besser werdend gleich bleibend schlechter werdend variabel?

13 Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Gangstörungen	Übelkeit	Schluckbeschwerden
Gleichgewichtsstörungen	Ohnmachtsanfälle	Doppelbilder
Schwindel	Benommenheit	

14 Sind Sie AsthmatikerIn, DiabetikerIn, haben Sie Osteoporose, andere chron. Erkrankungen? ja nein

15 Nehmen Sie Medikamente ein (Kortison, Blutverdünnungsmittel, Betablocker, etc.)? ja nein

16 Hatten Sie in der Vergangenheit einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein

17 Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein

18 Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet Gewicht verloren? ja nein

Angaben zur Behandlung

19 Hatten Sie in der letzten Woche Fieber bzw. nächtliches extremes Schwitzen? ja nein

20 Hatten Sie in in der Vergangenheit Unfälle und/oder Operationen? ja nein

21 Haben Sie sonstige Beschwerden wie:

Sehprobleme	Inkontinenz	leichte Blutergüsse
Sprechprobleme	Verstopfung	Kurzatmigkeit
Hörprobleme	morgendliche Steifheit	Krämpfe
sonstiges:		

22 Im Verlauf der letzten zwei Wochen haben meine Schmerzen zeitweise ausgestrahlt. ja nein

23 Im Verlauf der letzten zwei Wochen hatte ich teilweise an anderen Stellen Schmerzen. ja nein

24 Auf Grund meiner Schmerzen bin ich in den letzten zwei Wochen nur kurze Strecken gegangen. ja nein

25 Während der letzten zwei Wochen habe ich mich 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 zwei Wochen häufig Sorgen. ja nein

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

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

30 Wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten zwei Wochen insgesamt?

überhaupt nicht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	äußerst stark
Störungsgrad												

31 Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?

Brennen	schmerzhafte Kälte	elektrische Schläge
---------	--------------------	---------------------

32 Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im betroffenen Körperbereich auf?

Kribbeln	Piksen	Taubheitsgefühl	Juckreiz
----------	--------	-----------------	----------

33 Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen	Computertomografie	Kernspintomografie	Injektion
Massage	Physiotherapie	medizinisches Training	Anderes

34 Welche Erwartungen und Ziele stellen Sie an die Therapie?

Nur für gesetzlich Versicherte: Für Krankengymnastik & Manuelle Therapie beträgt die Regelbehandlungszeit 15 Minuten. Ich vereinbare hiermit pro Behandlungstermin eine Zusatzzeit von 10 Minuten (Zusatzkosten 12,00 EUR). ja nein

Ich bestätige hier mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben auf den obigen Seiten 1 - 3 wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgt sind.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich der gesetzliche Vertreter)