

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.

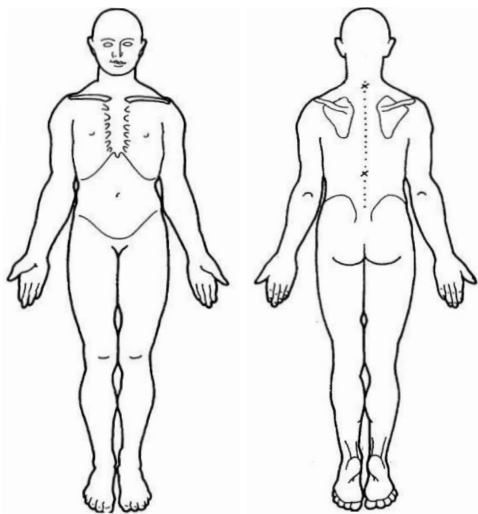
## Angaben zur Person

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

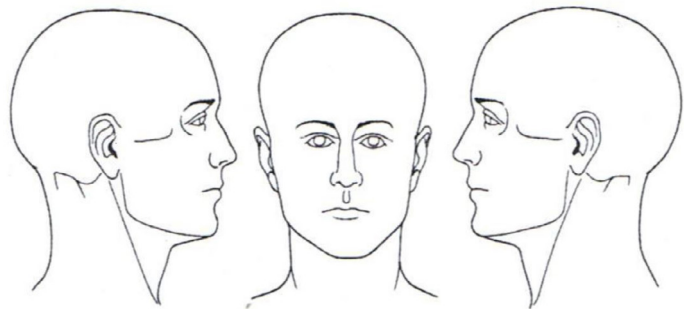
## FRAGEN 1 - 9: Angaben zur Behandlung

KATEGORIE 1

### 1 Wo haben Sie Ihre Probleme/Schmerzen?



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



- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| 2 Haben Sie Schmerzen?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3 Ist Ihre Beweglichkeit verändert?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 4 Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 5 Ist ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 6 Was sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?   |                          |                            |
| 7 Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?   |                          |                            |
| 8 Wie stark sind Ihre Beschwerden aktuell?  |                          |                            |

## FRAGEN 1 - 9: Angaben zur Behandlung

Kategorie 1

9 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			morgens		
Aufstehen vom Sitzen			Überkopfarbeit			mittags		
Bücken			Hand auf den Rücken nehmen			abends		
Beugen			Greifen			nachts		
Stehen			Arbeit					
sonstiges:								

## FRAGEN 10 - 18: Zur Beantwortung denken Sie nur an die vergangenen zwei Wochen

Kategorie 2

10 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												

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 11 Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen?                    | ja | nein |
| 12 Haben Sie sich stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt?                                 | ja | nein |
| 13 Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen?                                 | ja | nein |
| 14 Hatten Sie störendere Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil?           | ja | nein |
| 15 Denken Sie, dass Ihr Zustand anhalten wird?  | ja | nein |
| 16 Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme?   | ja | nein |
| 17 Haben Sie sich aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt?             | ja | nein |
| 18 Denken Sie, dass es für jemanden in ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? | ja | nein |

## FRAGEN 19 - 21:

Kategorie 3

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 19 Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? | ja | nein |
| 20 Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?                      |    |      |
| Brennen   | ja | nein |
| Gefühl einer schmerzhaften Kälte  | ja | nein |
| Elektrische Schläge   | ja | nein |
| 21 Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?                      |    |      |
| Kribbeln  | ja | nein |
| Piksen  | ja | nein |
| Taubheitsgefühl   | ja | nein |
| Juckreiz  | ja | nein |

## FRAGEN 22 - 31:

Kategorie 4

- |                               |            |                      |
|-------------------------------|------------|----------------------|
| 22 Haben Sie Ihre Beschwerden | permanent? | mit Unterbrechungen? |
|-------------------------------|------------|----------------------|

**23** Sind Ihre Beschwerden

besser werdend

gleich bleibend

schlechter werdend

variabel?.

**24** Haben Sie aktuell

Ruheschmerzen

ja

nein

Nachtschmerzen

ja

nein

**25** Sind Sie AsthmatikerIn, DiabetikerIn, haben Sie Osteoporose, andere chron. Erkrankungen?

ja

nein

## FRAGEN 22 - 31:

Kategorie 4

**26** Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Gangstörungen

Schwindel

Ohnmachtsanfälle

Schluckbeschwerden

Gleichgewichtsstörungen

Übelkeit

Benommenheit

Doppelbilder

**27** Haben Sie sonstige Beschwerden wie:

Sehprobleme

Hörprobleme

Verstopfung

leichte Blutergüsse

Krämpfe

Sprechprobleme

Inkontinenz

morgendliche Steifheit

Kurzatmigkeit

sonstiges:

**28** Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)

ja

nein

**29** Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

ja

nein

**30** Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

ja

nein

**31** Könnte ein Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP in Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen?

ja

nein

## FRAGEN 32 - 38:

Kategorie 5

**32** Rauchen Sie?

ja

nein

**33** Bewegen Sie sich pro Woche

• 150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)?

ja

nein

• 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)?

ja

nein

**34** Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining?

ja

nein

**35** Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

ja

nein

**36** Können Sie nachts durchschlafen?

ja

nein

**37** Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen

Computertomografie

Kernspintomografie

Injektion

Massage

Physiotherapie

Medizinisches Training

Anderes

**38** Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

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. Diese Regelung gilt auch bei Online-Buchungen. Für die ausgefallene Behandlung wird ein Ersatztermin vereinbart.

**Ich erkläre mich einverstanden mit**

der Weitergabe meiner Daten ggf. an den behandelnden Arzt, einen praxisinternen Kollegen, an das Inkassounternehmen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen, der Übermittlung sensibler Daten, wie Rezepten und Rechnungen per E-Mail, der namentlichen Kennzeichnung meines persönlichen Faches für den Schonbezug der Behandlungsliege.

**Nur für gesetzlich Versicherte:** Für Krankengymnastik und manuelle Therapie beträgt die Behandlungszeit in unserer Praxis 15 Minuten (der 1. Termin kostenfrei 25 Minuten).

Ich vereinbare für alle Behandlungstermine meines Rezeptes eine Zusatzzeit von jeweils 10 Minuten zu je 14,00 EUR pro Termin.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Seite 3/3