

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patienten,

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.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Tel. privat:

Mobil:

Beruf:

Tel. dienstlich:

Im Haushalt lebende Personen:

Familienstand:

Kinder:

Sport / Hobby:

Hausarzt:

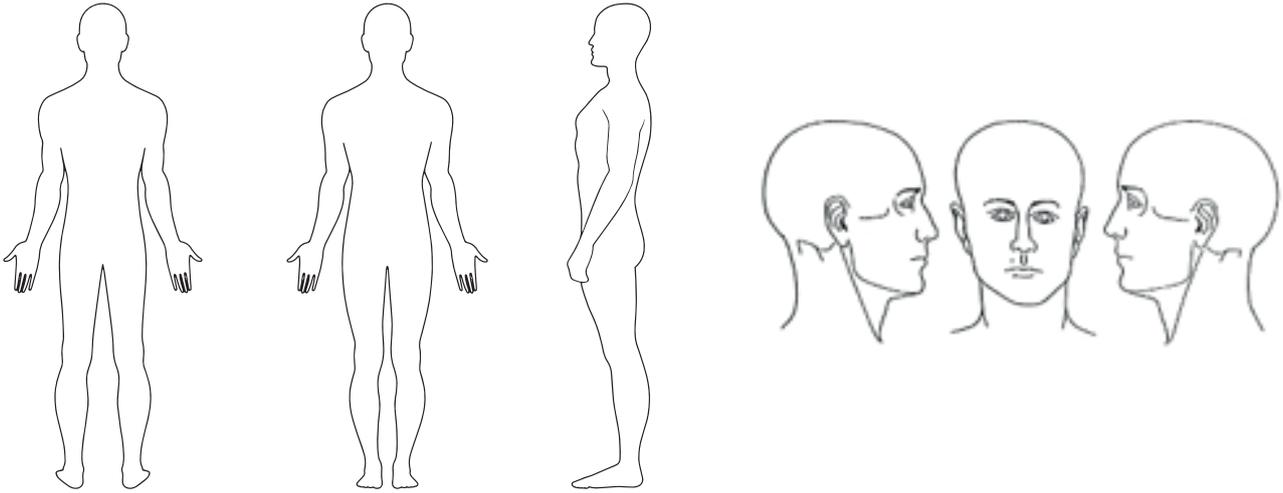
verordnender Arzt:

Krankenkasse:

Privat Beihilfe Selbstzahler

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

1. Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?



2. Haben Sie Schmerzen?

Nein Ja

3. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?

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

4. Gibt es schmerzfreie Phasen schmerzfreie Haltungen?

Wenn ja, welche?

5. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

Nein Ja

6. Ist Ihre Sensibilität verändert? Brennen Kribbeln Taubheit Überempfindlichkeit

7. Ist Ihre Kraft verändert? Kraftlosigkeit Lähmungen

8. Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

9. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

10. Ist Ihnen ein Auslöser für Ihre Beschwerden bekannt? (z. B. Unfall / Sturz / Überlastung) Nein Ja

Wenn ja, welcher?

11. Was verbessert (bitte einkreisen) bzw. was verschlechtert (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivitäten Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken Beuge Stehen Gehen Laufen Heben
Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken nehmen Greifen Arbeit Hobby Sport

Morgens, mittags, abends, nachts, sonstiges:

12. Sind Ihre Beschwerden: besser werdend gleich schlechter werdend variabel

13. Leiden Sie unter: Gangstörungen Gleichgewichtsstörungen Schwindel
 Übelkeit Ohnmachtsanfällen Benommenheit
 Schluckbeschwerden Doppelbildern

14. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? Nein Ja

15. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber nächtliches extremes Schwitzen?

16. Haben Sie sonstige Beschwerden? Nein Ja

17. Probleme mit: Husten Niesen Pressen Einatmung
 Sehstörungen Sprechstörungen Hörprobleme
 Inkontinenz Verstopfungen morgendlicher Steifheit
 Neigung zu Blutergüssen Kurzatmigkeit Krämpfen

18. Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine Schmerzen zeitweise ausgestrahlt. Nein Ja

19. Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise an anderen Stellen Schmerzen. Nein Ja

Falls ja, wo?

20. Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur kurze Strecken gegangen. Nein Ja

21. Während der letzten 2 Wochen haben ich mich wegen der Schmerzen langsamer als üblich angezogen. Nein Ja

22. Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein. Nein Ja

23. Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig Sorgen. Nein Ja

24. Ich fühle, dass ich schreckliche Schmerzen habe und dass sie nicht besser werden. Nein Ja

25. Im Allgemeinen habe ich keine Freude an den Dingen, die ich sonst gerne mache. Nein Ja

26. Fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet oder gestresst? Nein Ja

27. Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung/Coaching? Nein Ja

28. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? Nein Ja

29. Wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?
 überhaupt nicht wenig mäßig stark äußerst stark

30. Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?
 Brennen Gefühl einer schmerzhaften Kälte elektrische Schläge

31. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?
 Kribbeln Pieksen Taubheitsgefühle Juckreiz

32. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?
 Röntgen Computertomographie (CT) Kernspintomographie (MRT)
 Spritze Massage Physiotherapie Training
 Anderes

Haben Ihnen diese Maßnahmen geholfen? Nein Ja

33. Welche Ziele möchten Sie in der Therapie erreichen?

34. Bestehen gesundheitlich Risiken oder Erkrankungen? Nein Ja

Wenn ja, welche

35. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche?

36. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen? Nein Ja

37. Haben Sie in den letzten 6 Wochen Antibiotika (insbes. Levofloxacin) eingenommen? Nein Ja

38. Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?

In welchem Jahr (ca.)?

39. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

40. Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten auf bestimmte Stoffe? Nein Ja

Wenn ja, welche?

41. Wurde bei Ihnen eine Osteoporose diagnostiziert? Nein Ja

42. Haben Sie sehr hohen oder sehr niedrigen Blutdruck?

43. Haben Sie Gerinnungsstörungen? Nein Ja

44. Haben Sie eine Herz- / Kreislauferkrankung (z.B. Angina Pectoris, Herzschrittmacher)? Nein Ja

Wenn ja, welche?

45. Leiden Sie unter Gicht, Rheuma, Asthma, Diabetes oder ähnlichen Erkrankungen? Nein Ja

Wenn ja, an welchen?

46. Liegt bei Ihnen eine organische Erkrankung vor? (z.B. Schilddrüse, Nieren, Darm, etc.) Nein Ja

Wenn ja, welche?

47. Haben Sie epileptiforme Anfälle oder Krämpfe? Nein Ja

48. Leiden Sie unter Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, Diphtherie, HIV, etc.)? Nein Ja

Wenn ja, welche?

49. Leiden Sie unter Migräne, Kopfschmerzen?

50. Leiden Sie unter häufigen Infekten? (>5 Infektionen/Jahr) Nein Ja

51. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol (an mehr als 4 Tagen /Woche) Nein Ja

52. Rauchen Sie? Nein Ja Zigaretten/Tag

53. Sind Sie schwanger? Nein Ja Wenn „ja“ in welcher Woche?

54. Stillen Sie? Nein Ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten. Mir ist bekannt, dass Terminabsagen mindestens 24 Stunden im Voraus erfolgen müssen, da anderenfalls eine Ausfallrechnung erstellt wird.

Datum und Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!