

Gesundheitsfragebogen

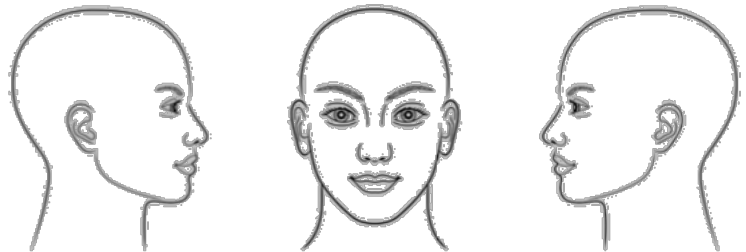
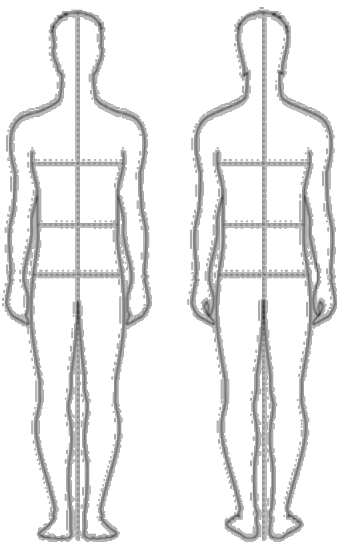
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____ Sport/Hobby _____

1) Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden ein:



2) Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

3) Haben Sie Schmerzen?

ja nein

4) Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt?

ja nein

5) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln/Taubheit)?

ja nein

6) Empfinden Sie Kraftverlust im Seitenvergleich?

ja nein

7) Welche Einschränkungen haben Sie im Alltag?

8) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

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

10) Was reduziert Ihre Beschwerden?

11) Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

12) Wie stark sind Ihre Beschwerden momentan? (bitte einkreisen)

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

13) Wie stark sind Ihre Beschwerden maximal? (bitte einkreisen)

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

14) Sie haben Ihre Beschwerden: permanent mit Unterbrechungen

15) Ihre Beschwerden sind: gleich bleibend besser werdend

verschlechternd

16) Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken? ja nein

17) Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ja nein

18) Sind Sie schwanger? ja nein

19) Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein

20) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? ja nein

21) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose? ja nein

22) Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

23) Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

24) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, wo und wann? _____

25) Haben Sie nachts Schmerzen? ja nein

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

Wenn ja, wieviel? _____

27) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

28) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja nein

29) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? ja nein

30) Glauben Sie, dass Ihr Problem längerfristig anhalten wird? ja nein

31) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen Computertomographie (CT) Kernspintomographie (MRT)

Spritze Massage Physiotherapie

Anderes: _____

32) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und korrekt angegeben.

Datum, Unterschrift _____