

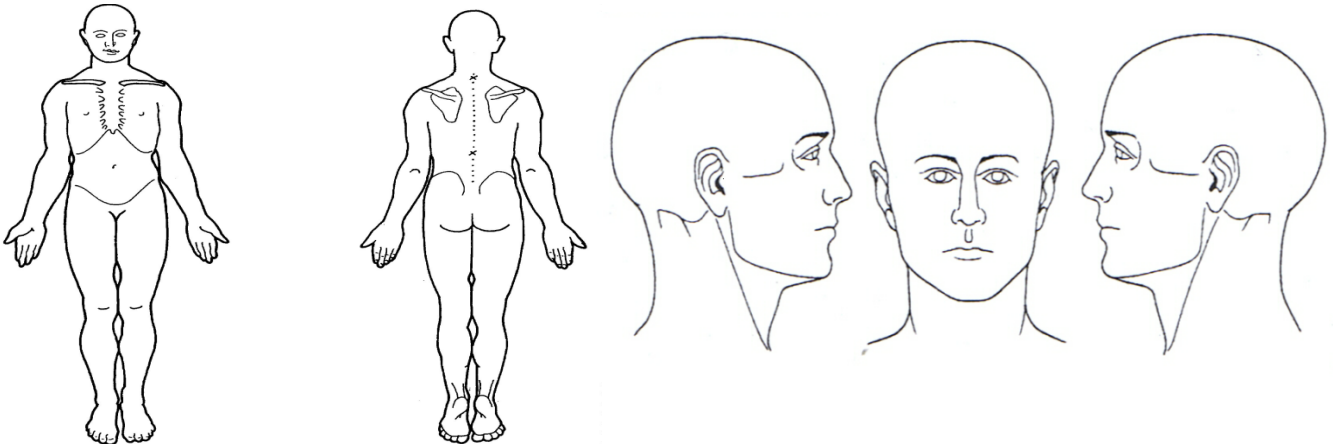
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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.

Name: _____

Vorname: _____

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, Nadeln)?

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: **permanent** **mit Unterbrechungen**

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

ja nein

ggf. erläutern : _____

10.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? Zutreffendes bitte nachfolgend ankreuzen

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

11.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** :

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

Wie stark sind Ihre **Schmerzen maximal** :

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

12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen): besser werdend

gleich

schlechter werdend

variabel

- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, 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 **Krebserkrankung**? ja nein
- 17.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein
- 18.) Haben Sie **nachts** Schmerzen? ja nein
- 19.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
- 20.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein
- 21.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein
- 22.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**? Wenn zutrifft, bitte ankreuzen:
- | | | | |
|----------------------------|---------------------|---------------|---------|
| Seh-, Sprech-, Hörprobleme | Inkontinenz | Verstopfungen | |
| morgendliche Steifheit | leichte Blutergüsse | Kurzatmigkeit | Krämpfe |
- 23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja nein
- 24.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja nein
- 25.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja nein
- 26.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja nein
- 27.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein. ja nein
- 28.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein
- 29.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ja nein
- 30.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein
- 31.) 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
- 33.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?
- 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!