

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln und mit Ihnen gemeinsam an der Linderung Ihrer Beschwerden zu arbeiten. Um dies zu gewährleisten brauchen wir Ihre Mitarbeit und einige Informationen. Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen aus. Sollten dabei Fragen auftreten, markieren Sie diese bitte, die werden dann in der Therapie besprochen. Alle Daten und Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ aktuelles Datum: \_\_\_\_\_

Beruf/Alltagstätigkeit: \_\_\_\_\_

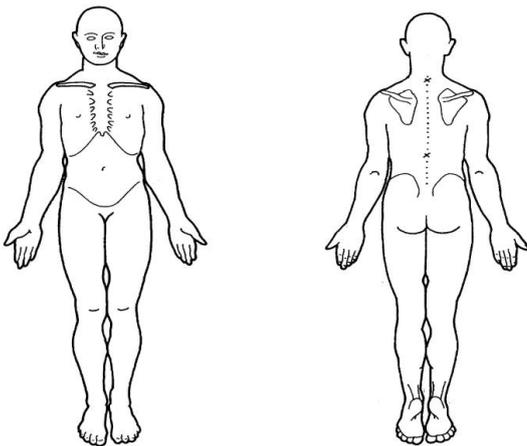
Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel (z.B. Rollator, Brille, Hörgerät, etc.): \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Wohnsituation (bitte einkreisen):                      selbstständig                      betreut                      teilweise unterstützt

➤ Zu den **aktuellen** Beschwerden



Bitte markieren Sie den Bereich Ihrer Beschwerden. (bitte einkreisen)

Was sind Ihre Hauptbeschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie (bitte einkreisen):

Schmerzen

Beweglichkeitseinschränkungen

Sensibilitätsveränderungen

Kraftverlust

Gangunsicherheit

Gleichgewichtsstörungen/Schwindel

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Gab es einen Auslöser für die Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was verbessert Ihre Beschwerden (z.B. Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Wärme, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Sind die Beschwerden (bitte einkreisen):

- 1. dauerhaft                      phasenweise
- 2. gleichbleibend                besser werdend                verschlechternd
- 3. nachts                            morgens

Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie der aktuellen Beschwerden wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen                                      Kernspintomographie (MRT)                Spritze                                      Physiotherapie  
Computertomographie                Medikation                                      Massage  
Sonstige: \_\_\_\_\_

Nennen Sie bis zu 3 Ihnen wichtige Alltagsaktivitäten, die Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden nicht oder nur eingeschränkt ausüben können. Bewerten Sie bitte jede Aktivität auf einer Skala von 0 (Aktivität kann nicht ausgeübt werden) bis 10 (Aktivität kann ohne Einschränkung ausgeübt werden):

Bitte ausfüllen	Vom Therapeuten auszufüllen				
Aktivität	heutige Bewertung (0-10)				

(in Anlehnung an The Patient-Specific Functional Scale)

Die Verbesserung dieser Aktivitäten dient als Ziel und Verlaufskontrolle der Behandlung. Was werden Sie dazu beitragen, um dieses Ziel zu erreichen? \_\_\_\_\_

➤ **Frühere/ chronische Beschwerden bzw. bekannte zusätzliche Diagnosen**

Sind Sie Schwanger?       Nein       Ja

Leiden Sie unter Allergien?  Nein       Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie weitere Erkrankungen/Beschwerden:       Nein       Ja (bitte einkreisen):

- Asthma                                      Herzprobleme                                      Krebserkrankung                                      Schwindel
- Diabetes                                      Organerkrankungen                                      Hepatitis                                      Gangunsicherheit
- Bluthochdruck                                      Hormonstörungen                                      HIV/Aids                                      Gleichgewichtsstörungen
- Osteoporose                                      neurolog. Erkrankungen                                      Tuberkulose
- Rheuma                                      Blutgerinnungsstörungen                                      Kopfschmerzen

Sonstige: \_\_\_\_\_

Bisherige Operationen/Verletzungen (Was + Wann): \_\_\_\_\_

**Falls schriftliche Befunde zu den aktuellen Beschwerden vorhanden sind, bringen Sie diese bitte mit.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!