



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben. Wir bitten Sie um möglichst vollständige Angaben.

Name/Vorname:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil:

Email:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

überweisender Arzt:

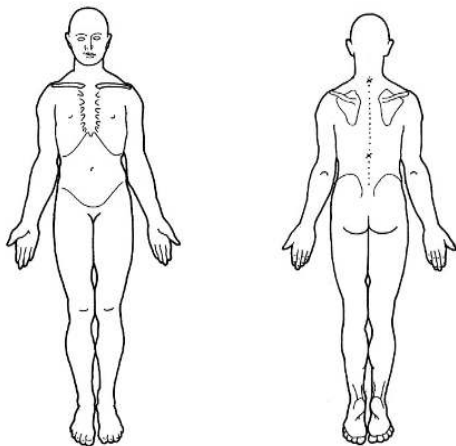
Beruf:

Sport/Hobby:

Versicherung:  gesetzlich versichert  privat versichert  
Zuzahlungsbefreit:  Ja  Nein

Preisinformationen zur gesetzlichen Zuzahlung und den privaten Vergütungssätzen entnehmen Sie bitte dem Behandlungsvertrag.

### 1. Wo befinden sich Ihre **Beschwerden** (bitte einzeichnen)



### Schmerzintensität (bitte einzeichnen)

0

kein Schmerz

10

nicht aushaltbarer Schmerz



2. Was sind Ihre momentanen **Hauptbeschwerden** und **seit wann** bestehen diese?

\_\_\_\_\_

3. Gab es einen Auslöser dafür (Sturz, Unfall ,etc.)?

\_\_\_\_\_

4. Welche **Untersuchungen/Therapien** wurden bereits durchgeführt?

Röntgen / Computertomographie (CT) / Kernspintomographie(MRT) / Spritze /  
Massage / Physiotherapie / \_\_\_\_\_

5. Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

6. Frühere Verletzungen/Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

8. Ist Ihre **Beweglichkeit** eingeschränkt?  ja  nein

9. Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbeln, Taubheit)?  ja  nein

10. Leiden Sie unter **Kraftverlust**?  ja  nein

11. Sind Ihre Beschwerden **permanent** vorhanden?  ja  nein

12. Hatten Sie **ungewollten Gewichtsverlust**?  ja  nein

13. Haben Sie Schmerzen beim

**Husten / Niesen / Schlucken/ Pressen?**  ja  nein

14. Treten die **Schmerzen** auch **nachts** auf?  ja  nein

15. Leiden Sie unter **nächtlichem Schwitzen**?  ja  nein

16. Sind Sie **schwanger**?  ja  nein

17. Treten **Schwindel / Übelkeit / Kopfschmerzen / Schluckbeschwerden /**

**Ohnmachtsanfälle / Gleichgewichtsprobleme** auf? (bitte unterstreichen)

18. Hatten Sie jemals eine **Tumor-/Krebserkrankung**?  ja  nein

19. Was sind Ihre **Erwartungen/Ziele** an die Therapie?

\_\_\_\_\_

Vielen Dank

Ihr Praxis Team

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift