



**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: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Telefon (geschäftlich): \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

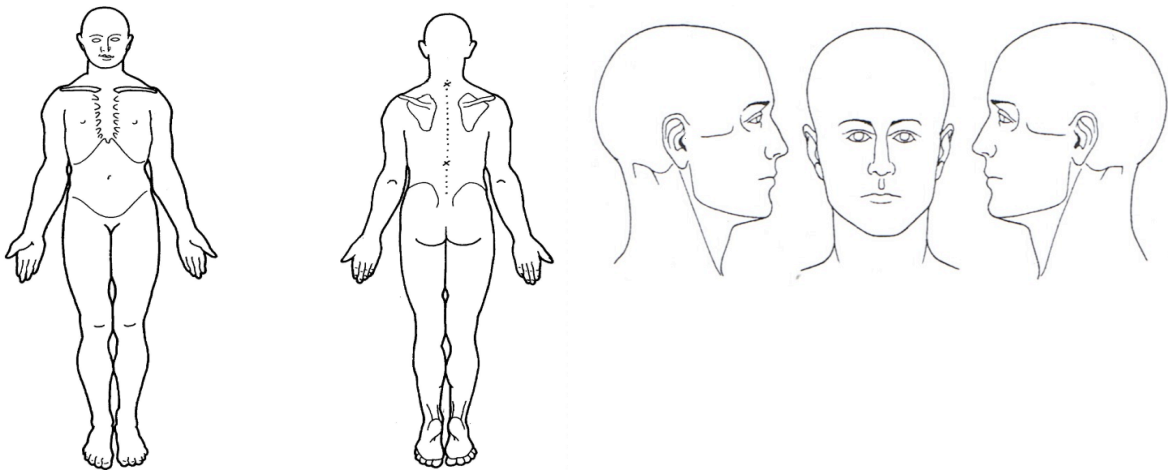
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Familie/Freunde/Bekannte
- Aushang/Werbungsanzeigen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Eine **Absage** muss **spätestens 24 Stunden vor** der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

**Datum :** \_\_\_\_\_ **Unterschrift :** \_\_\_\_\_

1) **Wo** haben Sie ihr **Problem**? (bitt einzeichnen)



2) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

3) Haben Sie **Schmerzen**? Ja    Nein

4) **Schmerzstärke** (bitte einkreisen):    wenig   1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10    stark

5) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja    Nein

6) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? Ja    Nein

7) Haben Sie einen **Kraftverlust**? Ja    Nein

8) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? \_\_\_\_\_

9) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? \_\_\_\_\_

10) Gab es einen **Auslöser für Ihre Beschwerden** (Unfall etc.)? \_\_\_\_\_

11) Was **verbessert** Ihre **Beschwerden** (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen etc.)?

\_\_\_\_\_

12) Was **verschlechtert** Ihre **Beschwerden** (siehe oben)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **dauernd / mit Unterbrechung**



14) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich bleibend / besser werden / verschlechternd**

15) Haben Sie nachts Schmerzen (bitte einkreisen): Ja Nein

16) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Schlucken/Pressen** Ja Nein

17) Haben Sie Gang-/oder Gleichgewichtsstörungen? Ja Nein

18) Sind Sie Schwanger? Ja Nein

19) Haben Sie eine der folgenden Krankheiten? **Osteoporose/Rheuma/Diabetes** Ja Nein

20) Haben Sie weitere Erkrankungen wie (z.B. Bluthochdruck/Herzinsuffizienz etc.) Ja Nein

21) Nehmen Sie momentan **Medikamente**? Ja Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22) Hatten Sie jemals einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? Ja Nein

23) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle/Operationen**? Ja Nein

24) Welche **Maßnahmen** wurden bereits zur **Diagnostik/Therapie** durchgeführt (bitte einkreisen):

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

\_\_\_\_\_

25) Was sind Ihre **Erwartungen und Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_