

Herzlich willkommen in unserer Einrichtung für Physiotherapie und Rehabilitation!

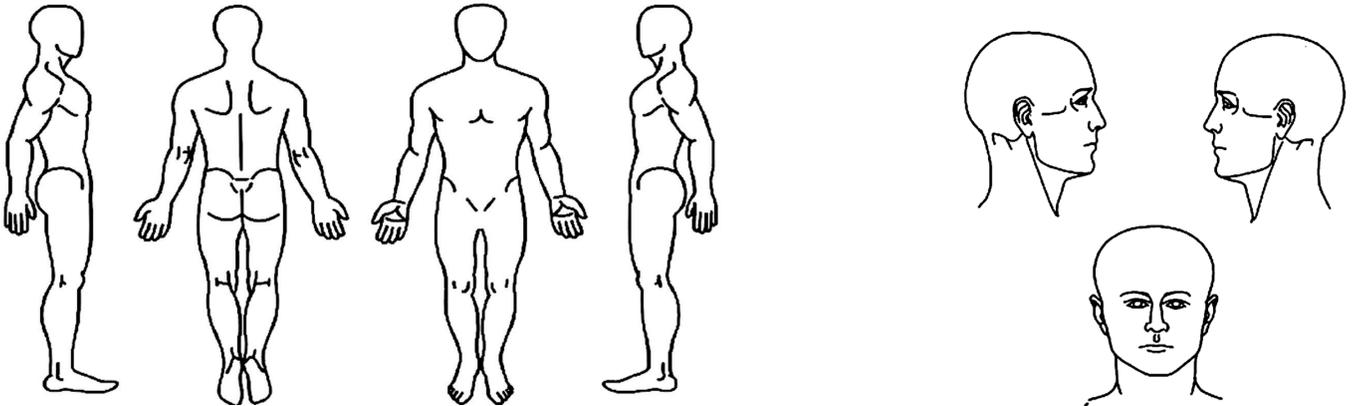
Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Wo haben Sie Ihre Probleme (bitte einzeichnen)?



1. Haben Sie Schmerzen? Ja nein
2. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? Ja nein
3. Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? Ja nein
4. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? Ja nein
5. Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? _____
6. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____
7. a) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)
b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte unterstreichen)
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Sonstiges: _____
8. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? (bitte einkreisen)
kein Schmerz 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 maximaler Schmerz
9. Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet? (bitte einkreisen)
kein Schmerz 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 maximaler Schmerz

Zur Beantwortung der Fragen 10-18 denken Sie bitte nur an die vergangenen zwei Wochen:

10. Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? Ja nein
11. Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? Ja nein
12. Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? Ja nein
13. Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? Ja nein
14. Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? Ja nein
15. Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? Ja nein
16. Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? Ja nein
17. Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? Ja nein
18. Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? Ja nein

19. Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?

Brennen:

Ja nein

Gefühl einer schmerzhaften Kälte:

Ja nein

Elektrische Schläge:

Ja nein

20. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?

Kribbeln:

Ja nein

Piksen:

Ja nein

Taubheitsgefühl:

Ja nein

Juckreiz:

Ja nein

21. Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent/mit Unterbrechungen? (bitte einkreisen)

22. Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? (bitte einkreisen)

23. Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen)

Ja nein

24. Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Fieber, extremes nächtliches Schwitzen, Schluckbeschwerden oder Doppelbilder? (bitte einkreisen)

Ja nein

25. Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit oder Krämpfe? (bitte einkreisen)

Ja nein

26. Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen? (bitte einkreisen)

Ja nein

27. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)?

Ja nein

28. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

Ja nein

29. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

Ja nein

30. Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP, der im Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen könnte?

Ja nein

31. Rauchen Sie?

Ja nein

32. Bewegen Sie sich pro Woche

a) 150 Minuten bei niederer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)?

Ja nein

b) 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)?

Ja nein

33. Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining?

Ja nein

34. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

Ja nein

35. Können Sie nachts durchschlafen?

Ja nein

36. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/Anderes (bitte einkreisen)

37. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter)