

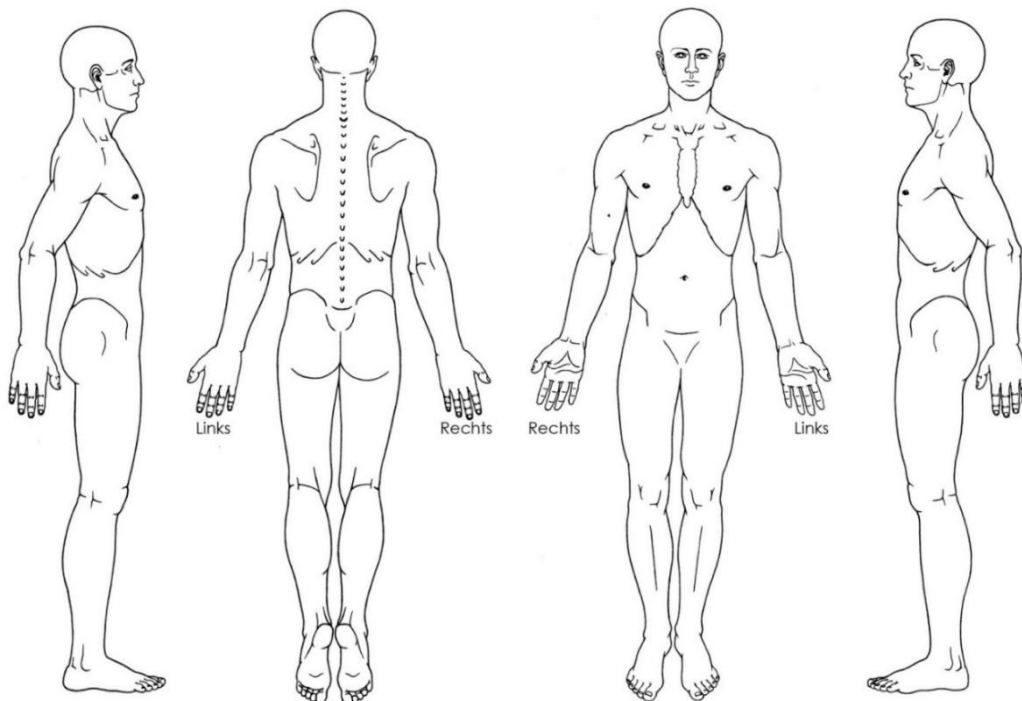
Sie sind heute erstmals, oder mit einem neuen Beschwerdebild in unserer Praxis. Deshalb bitten wir Sie einige Fragen zu Ihrem Krankheitsgeschehen und Ihren Vorerkrankungen zu beantworten, um einen möglichst schnellen und umfassenden Eindruck zu gewinnen. Sollten Sie einige Fragen nicht beantworten können, so sprechen Sie Ihren Therapeuten an. Bringen Sie bitte diesen Bogen und ggf. vorhandene ärztliche Befunde zur ersten Behandlung mit.

Informationen, warum wir diese Daten erheben, sowie zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage, als Aushänge in unserer Praxis oder erhalten Sie an der Rezeption. Bei Fragen zum Thema Datenschutz sprechen Sie uns gerne an.

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
aktueller Beruf: \_\_\_\_\_ Sport: \_\_\_\_\_

Zeichnen Sie bitte in diese Skizzen ihr Beschwerdebild ein:

- **Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen** X
- **Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen** →
- **Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden (Taubheit, Kribbeln, etc.)** //
- **Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1-10 nach der Intensität der letzten Tage**



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit dem Zeitpunkt des Entstehens und jetzigen Symptomen

---

---

---

---

---

Wer hat Sie bisher zu o.g. Problem behandelt? (Hausarzt, Facharzt, Therapeuten, etc)

Wer?	Womit?

Gab es bislang diagnostische Maßnahmen? (Röntgen, CT, MRT, Blutbild, Ultraschall etc.)

---

---

Haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert und wenn ja, wie?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

---

---

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

---

---

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Sind weitere Erkrankungen bekannt?

---

---

Woran sind Sie bisher operiert worden?

1. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle?

1. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie?

---

---

Was möchten Sie mit der Therapie erreichen?