

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

es ist unser Ziel, Sie mit unserem ganzen Wissen und Erfahrung optimal und individuell zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab wichtige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Bitte bringen Sie Ihre Arztberichte und ggf. weitere Berichte von Mitbehandlern zu Ihrem Termin bei uns mit.

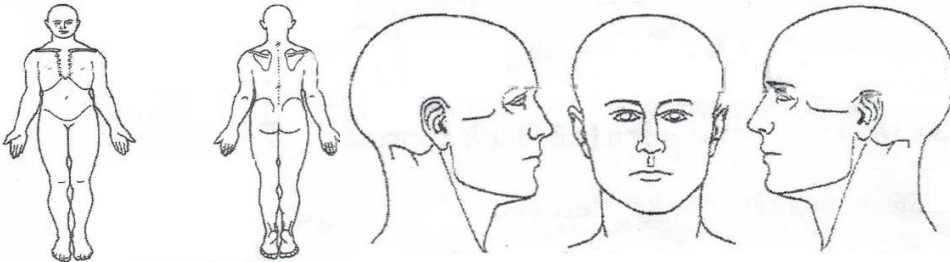
Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Alter: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen LEIDER privat für jede angefangen halbe Stunde – mit **40 € in Rechnung stellen**. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkasse zu Ihrem Rezept zu zahlen.

1. Wo haben Sie Ihre Probleme? (Bitte ankreuzen / einkreisen / einzeichnen / unterstreichen)



2. Wie sind Ihre Beschwerden?

3. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?

bitte wenden



4. Wie hoch sind Ihre Schmerzen momentan?

Auf einer Skala von 0 -10 (0 = keine Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- | | | | |
|--|-----------|---|-------------|
| 6. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 7. Leiden Sie unter Migräne? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 8. Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 9. Haben Sie nachts Schmerzen? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 10. Leiden Sie unter Schwindel/Ohnmachtsanfälle? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| - Schluckstörungen? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| - Sodbrennen/Verstopfung | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 11. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 12. Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln, Taubheit)? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 13. Haben Sie einen Kraftverlust? | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 14. Gibt es einen Auslöser für Ihre Probleme (Sturz, Unfall, etc.) | <i>Ja</i> | / | <i>Nein</i> |
| 15. Was verbessert Ihre Beschwerden? | | | |

16. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

17. Welche Operationen hatten Sie bisher?

18. Bitte nennen Sie Ihre Diagnosen und Nebendiagnosen. Bitte bringen Sie Ihre Arztberichte inklusive bildgebende Berichte sowie ggf. Berichte von weiteren (Mit-)Behandlern bei der ersten Behandlung mit oder faxen/ mailen/senden Sie uns diese vorteilhafter Weise VORAB mit den anderen ausgefüllten Unterlagen gerne zu.

19. Bitte nennen Sie zusätzliche Beschwerden, welche nicht mit den Hauptbeschwerden im Zusammenhang stehen: (Seh-, Sprach-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)?

20. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/ Bewegung Ihrem Problem schadet?

21. Glauben Sie. Dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?

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

Herzlichen Dank und bleiben Sie gesund!

