

EINGANGSFRAGEBOGEN ZUR KRANKHEITSGESCHICHTE THERAPIE



ZENTRUM
FÜR
THERAPIE
UND
BALANCE

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

im Notfall verständigen

(Name und Telefonnummer einer Person, die wir im Falle eines Notfalls anrufen können)

ALLGEMEINE FRAGEN

1. Gehen Sie aktuell einer Tätigkeit nach?

ja nein

Was ist Ihr Beruf/Tätigkeit? (auch Hausfrau)

2. Haben, hatten Sie allgemeine Erkrankungen? (z. B. Herz-Kreislauf, Lunge, HNO, Urogenital, Zucker, Schilddrüse ...) Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

ja nein

Wenn ja, welcher Art?

3. Hatten Sie in Ihrer Kindheit eine schwere Erkrankung, gab es Probleme bei Ihrer Geburt?

ja nein

Wenn ja, welcher Art?

4. Für Frauen: Haben Sie Kinder geboren?

ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Gab es Probleme? (z.B. Kaiserschnitt, Ischias ...)

5. Hatten Sie einen/mehrere Unfall/Unfälle (z. B. Sturz auf Gesäß, Umknicken, heftig aufgeschlagen, Autounfall o. ä.)

ja nein

Wenn ja, wann und welcher Art?

6. Hatten Sie operative Eingriffe?

ja nein

Wenn ja, wann und welcher Art?

7. Nehmen sie regelmäßig Medikamente?

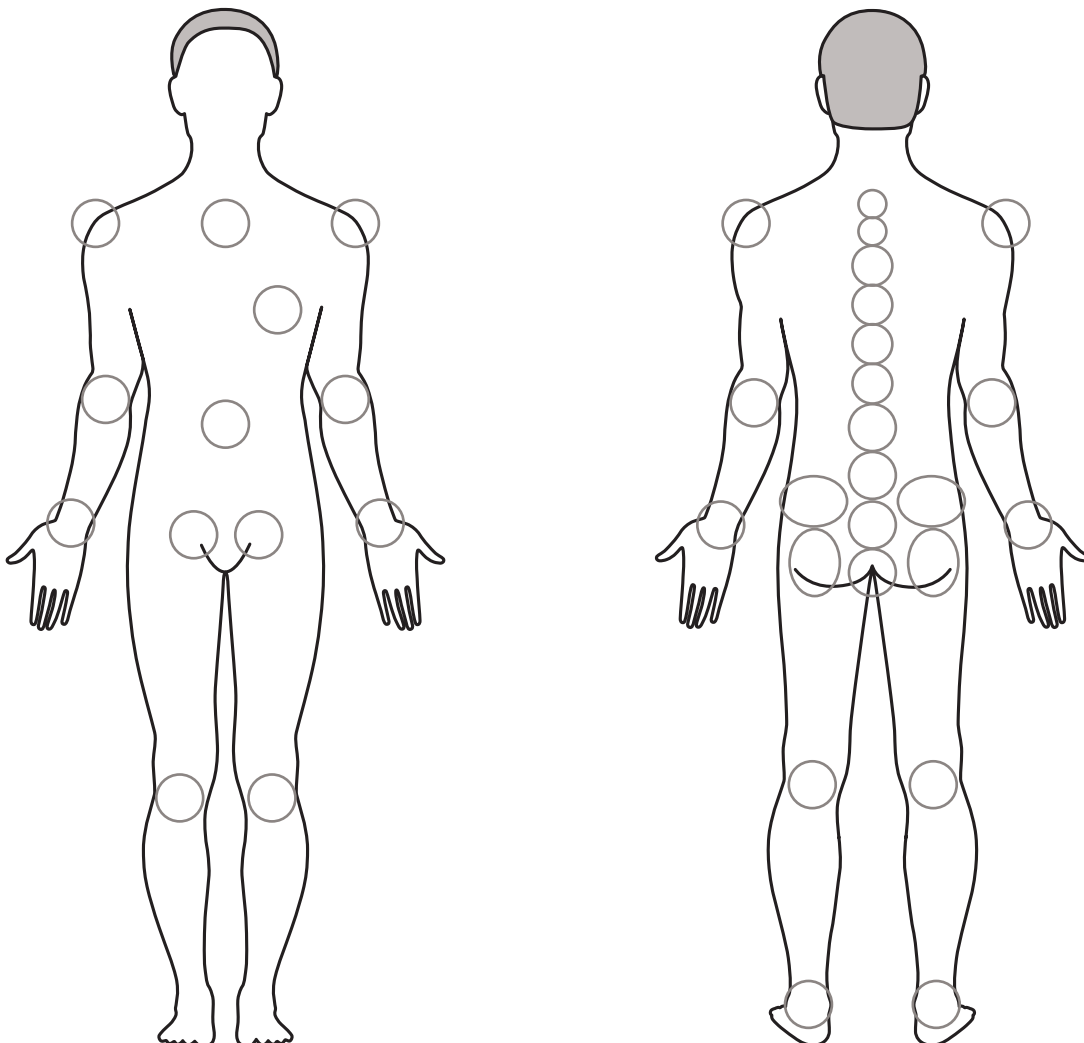
Wenn ja, welche?

AKTUELLE BESCHWERDEN**8. Welche Beschwerden haben Sie aktuell?**

- keine
- Ich habe folgende Beschwerden:

Zeichnen Sie bitte in der Skizze ein, wo Sie überall Schmerzen haben

Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können Sie mit einem Pfeil (→) markieren.



9. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser?

14. In welcher Körperhaltung haben Sie weniger oder keine Probleme ?

10. Haben die Schmerzen/Beschwerden sich geändert, sind sie gewandert ?

15. Welche Beschwerden haben Sie in Begleitung der Schmerzen (z. B. Schwindel, Schlafstörungen, Antriebsmangel ...)?

11. Haben Sie Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig?

16. Beschreiben Sie ihre Schmerzen (Schmerzqualität):

- scharf
- brennend
- oberflächlich
- krampfartig
- wellenförmig
- wechselhaft
- einschließend
- bohrend

12. Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages ?

13. In welcher Körperhaltung sind die Schmerzen/Beschwerden am schlimmsten (z. B. beim Schlafen, Sitzen, Gehen)?

17. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Leiden Sie unter seelischen Belastungen?

ja nein

Wenn ja, welche?

- Stress
- Konflikte
- Trauer
- Pflegen/ Versorgen eines Familienmitglieds

19. Hatten Sie Vorbehandlungen (z. B. Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur ...)?

20. Hatten Sie Röntgenuntersuchungen, Kernspintomografie oder andere Untersuchungen (z. B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch ...)?

ja nein

Wenn ja, welche und mit welchem Ergebnis?

21. Gibt es noch etwas Wichtiges, was hier nicht gefragt wurde?

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/Patientin)