

Datum: ____ . ____ . ____

Name: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Beruf/letzte Tätigkeit: _____

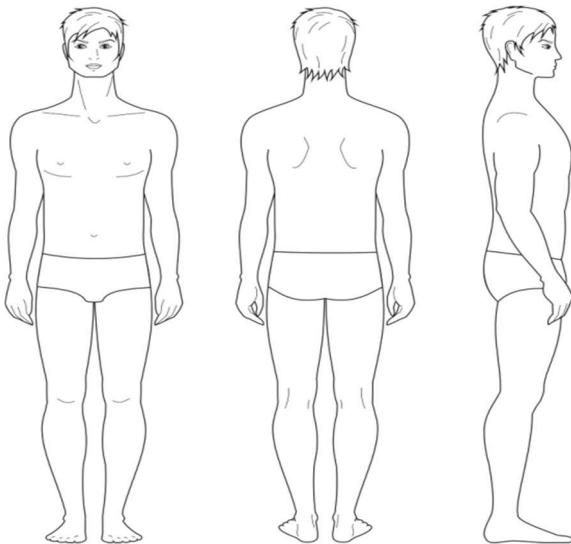
Sport/Hobbys: _____

Ärztliche Diagnose: _____

Was führt Sie zu uns? Welche Beschwerden haben sie?

Wo haben sie Schmerzen?

Bitte zeichnen Sie die Schmerzlokalisierung ein:



Wann haben sie Schmerzen/Beschwerden?

Ist es ein ziehender, stechender, brennender oder dumpfer Schmerz? (bitte einkreisen)

Ich würde meine Schmerzen so einstufen: (bitte einkreisen)

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stark

Wie lange haben sie die Beschwerden schon bzw. gab es einen Auslöser?

Welches sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

Haben Sie Probleme in anderen Körperregionen?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Hatten sie schon Operationen? Wenn ja, welche und wann? _____

Haben sie weitere Erkrankungen, wie zum Beispiel:

Osteoporose:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Schwindel:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bluthochdruck:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Niedriger Blutdruck:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Magenprobleme:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Nächtliches Schwitzen:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Häufiges Husten:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Kurzatmigkeit:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Luftnot:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Osteoporose:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Rheumatische Erkrankungen:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Diabetes:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
unerwünschter Gewichtsverlust	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>			
Tinnitus:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/>		
Krebserkrankungen/Tumore:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Welche? _____		
Allergien/Unverträglichkeiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Welche? _____		

Andere: _____

Welche Erwartungen haben sie an die Therapie bzw. welche Ziele möchten sie verfolgen?

Vielen Dank!

Ergänzungen durch den/die TherapeutIn:

Beweglichkeit/Kraft/Sensibilität: _____

Geschichte: _____

MRT/Röntgen/: _____

Behandlungsplan: _____

Ich wurde von meinem/r Therapeuten/in über die Notwendigkeit, Eignung, Durchführung, Therapieziele, eventuelle Risiken und Umfang der durchzuführenden Therapie aufgeklärt. Diese Erklärung wird durch das Patientenrechtegesetz vom 20.02.2013 notwendig. Als Patient/in erkenne ich diese Regelung an und willige in die durchzuführende Behandlung ein.

Datum: _____ Unterschrift: _____