

Eingangsfragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Diagnose (Rezept): _____

Angaben zu Ihren Schmerzen

Wo tut es weh? _____

Seit wann? o weniger als 6 Wochen o mehr als 6-12 Wochen o chronisch o permanent

Wie stark (0 = kein Schmerz und 10 = unerträglich) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was können Sie selber tun, damit es leichter wird? _____

Wann ist der Schmerz am stärksten? _____

Schmerz bei: o Bewegung o Sport o Bücken o Heben/ Tragen o Ruhe

Angaben zum Gesundheitszustand

	ja	nein	Bemerkungen	
Haben Sie Herzrhythmusstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Erlitten Sie früher einen Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Hatten Sie schon eine Herzoperation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Leiden Sie unter Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Liegt eine gestörte Blutgerinnung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Leiden Sie unter hohem Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Sind Sie gegen etwas allergisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Haben Sie Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Neurologische Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Ansteckende Hautkrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Welche Medikamente regelmäßig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	
Cholesterin	<input type="radio"/> niedrig	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> hoch	<input type="radio"/> unbekannt
Sonstiges?	_____			

Sonstiges

Operationen ja nein
welche? _____ wann? _____

Andere Behandlungen durch einen Arzt? ja nein
welche? _____ wann? _____

Physiotherapeutische Behandlungen ja nein
welche? _____ wo? _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
bei wem? _____ Grund? _____

Ist in nächster Zeit eine Operation geplant?
welche? _____ wann? _____

Ihr persönliches Behandlungsziel

o Schmerzfreiheit o mehr Bewegungsfreiheit o Arbeitsfähigkeit o Sportfähigkeit

Sonstiges: _____

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____