



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

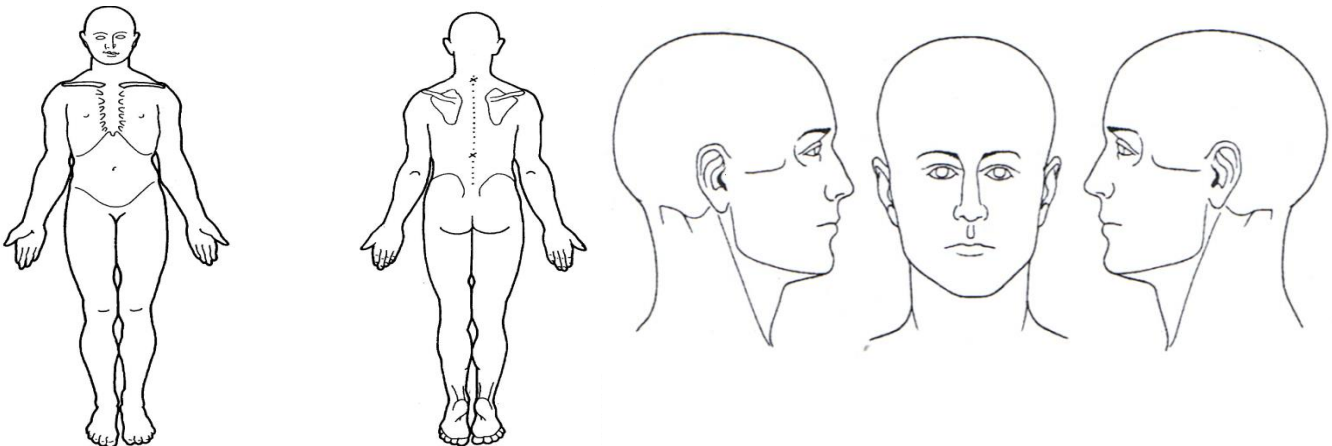
Name:	Vorname:				
Adresse:					
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:				
Mobil:	Email:				
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe					
Geb.datum:	Beruf:	Sport / Hobby:	Hausarzt:		
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?					
Telefonbuch <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>	Flyer <input type="checkbox"/>	Anzeige <input type="checkbox"/>	Empfehlung:	Arzt:

Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Ansonsten werden diese - sofern sie nicht neu belegt werden können - privat in Rechnung gestellt.

Eine Absage kann mündlich per Telefon oder auf dem Anrufbeantworter sowie schriftlich per Email erfolgen. Die Ausfallgebühren betragen je nach Termindauer € 15,- bis € 25,- und müssen von dem Patienten privat getragen werden (Kassen- und Privatpatienten). Nach dem Bezahlen der Ausfallgebühr kann ein Ersatztermin vereinbart werden. Für ein auf den Pat. abgestimmte Behandlung zu gewährleisten ist es notwendig bei Rezeptes vom Zahnarzt im Mund/Mundhöhle zu arbeiten. Hierfür erteilen Sie uns die Erlaubnis dazu.
Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden/ überweisenden Arzt bzw. Hausarzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen (z.B. Therapieberichte auch per Email). Für die Onlinebuchung verwenden wir Termin2go. Hierbei handelt es sich um eine cloudbasierte Terminbuchungs-Kundenverwaltungssoftware. Mehr Informationen finden Sie unter [https:// www.termin2go.com/datenschutz](https://www.termin2go.com/datenschutz)

Datum: _____ Unterschrift: _____

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme** (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

5.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

6.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent / mit Unterbrechungen**

9.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **was verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts, sonstiges: _____

bitte wenden!!!



- 10.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und **maximal** (bitte unterstreichen)?
(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)
- 11.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend / gleich / verschlechternd**
- 12.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja nein
- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen? ja nein
- 15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)? ja nein
- 16.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
- 17.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja nein
- 17+1.) Sind Sie schwanger? ja nein
- 18.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
- 19.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein
- 20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein
- 21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja nein
- 22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja nein
- 23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja nein
- 24.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja nein
- 25.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja nein
- 26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein. ja nein
- 27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein
- 28.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ja nein
- 29.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein
- 30.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?
überhaupt nicht
wenig
mäßig
stark
äußerst stark
- 31.) Weist Ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf?
Brennen: ja nein
Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja nein
Elektrische Schläge: ja nein
- 32.) Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?
Kribbeln: ja nein
Pieksen: ja nein
Taubheitsgefühl: ja nein
Juckreiz: ja nein
- 33.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)?
Röntgen / Computer-/ Kernspintomographie / Spritze / Massage / Physiotherapie / Training / Anderes
- 34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!