

Fragebogen zur Ihrer Behandlung

**Liebe Patienten,
herzlich Willkommen in unserer Praxis.
Um uns auf Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir Sie
diesen Fragebogen auszufüllen. Die Angaben sind natürlich freiwillig.**

Datum: _____

Name: _____

geboren am: _____

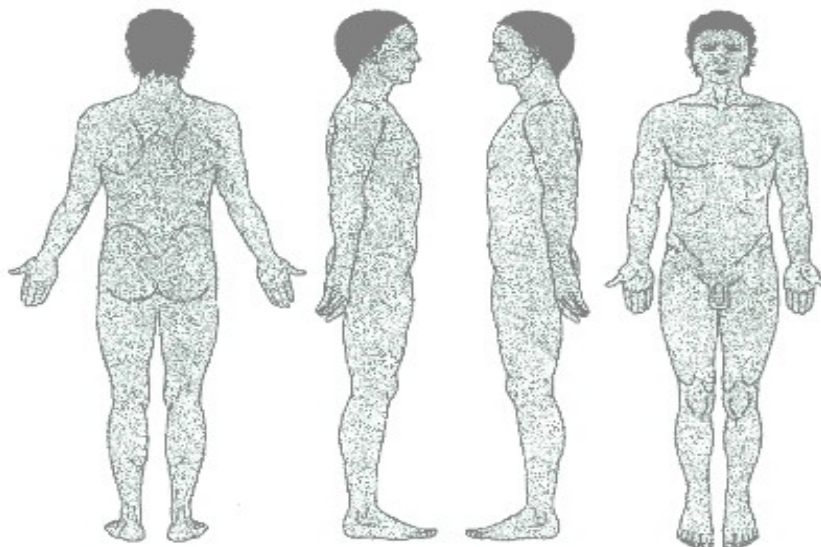
Welches ist ihr Hauptproblem mit dem Sie zu uns kommen & wie lange besteht das Problem?

Was sind Ihre aktuellen Beschwerden?

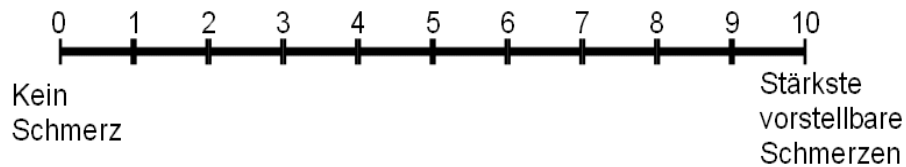
- ☐ Schmerzpunkte
- ☐ Bewegungseinschränkungen
- ☐ Kraftverlust
- ☐ Andere... _____

Wie hat Ihr Problem begonnen?

- ☐ plötzlich
- ☐ Allmählich
- ☐ nach einem Unfall/Thrauma-wenn ja: wann/wie? _____



Wo genau befinden sich ihre Beschwerden? Bitte markieren Sie ihre Beschwerden/Schmerzpunkt



Auf einer Skala von 0-10, wo würden sie Ihren Schmerz einordnen? Bitte markieren...

Was macht die Beschwerden besser?

☐ Bewegung

☐ Ruhe

Gab es schon andere Therapien?

☐ Physiotherapie

☐ Osteopathie

☐ Ergotherapie

☐ Schmerztherapie

☐ Medikamente

☐ Anderes: _____

Welche früheren Probleme/ Schmerzen gab es?

Gab es operative Eingriffe?

Haben Sie Allergien und Unverträglichkeiten?

Gibt es Vorerkrankungen?

☐ Herz-Kreislaufprobleme/-erkrankungen

☐ Diabetes

☐ Osteoporose

☐ Rheuma/Arthrosen

☐ neurologische Erkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bitte geben Sie uns Auskunft über ihre familiäre Situation

☐ ledig

☐ verheiratet

☐ getrennt/geschieden

☐ Kinder

Wie viele? _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Betreiben Sie regelmäßig Sport? Wie häufig?

Welche Hobbys haben Sie?

Was erhoffen Sie sich durch unsere Behandlung? Welches Ziel setzen Sie sich?

- () Schmerzfreiheit
- () bessere Beweglichkeit
- () Rückkehr zum Sport
- () Verbesserung der Alltagsfähigkeit
- () Anderes: _____

Unterschrift Patient _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!