

Liebe Patientin, lieber Patient,

um bei der verordneten Therapie eine gezielte Befundung und Behandlung zu ermöglichen bitten wir Sie, uns vorab einige Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten können Sie das Feld frei lassen und sich später an den Therapeuten/ die Therapeutin wenden.

Vielen Dank, Ihr Team der Praxis van Loh

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns?

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

ein paar Tagen seit __ Wochen seit __ Monaten seit __ Jahren

3. Wie stark sind Ihre Beschwerden?

(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (schlimmster vorzustellender Schmerz)

4. Was lindert/ verschlimmert Ihre Beschwerden?

5. Was vermuten Sie, was ist die Ursache für Ihre Beschwerden?

6. Wobei fühlen Sie sich aktuell am meisten eingeschränkt?

7. Haben Sie auf Grund dieser Beschwerden schon andere Therapien erhalten (Injektionen, Akupunktur, o.ä.)?

8. Sind Sie operiert worden? Wenn ja, wann und warum?

9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein

Schmerzmittel

Blutverdünner

Blutdrucksenker

Cortisonpräparate

Andere: _____

10. Haben Sie weitere Erkrankungen?

Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems (z. B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung):

Stoffwechselerkrankung (z.B. Schilddrüsenerkrankung, Diabetes):

Atemwegserkrankung (z. B. Asthma, COPD):

Erkrankung des Bewegungsapparates (z.B. Osteoporose, Knochenbrüche, Muskelverletzung):

Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung):

Sonstiges:

11. Für Frauen: Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie ist/sind die Geburt(en) verlaufen?

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Besonderheiten: _____

12. Machen Sie aktuell regelmäßig Sport? Wenn ja, wie oft pro Woche?

nein

ja, 1-2x pro Woche

ja, 3-4x pro Woche

ja, täglich

Welche Sportart üben Sie aus? _____

13. Sind Sie berufstätig? Wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus?

14. Gab es in Ihrem Leben in der letzten Zeit gravierende Ereignisse (z.B. Scheidung, schwere Erkrankung/ Tod einer nahestehenden Person, Jobverlust, Umzug, o.ä.)? nein ja

15. Benutzen Sie Hilfsmittel?

nein

Rollstuhl

Rollator/ Handstock/ Gehhilfen

Aufbisschiene

Gelenkbandagen

Andere: _____

16. Was ist Ihr Ziel für die Behandlung?
