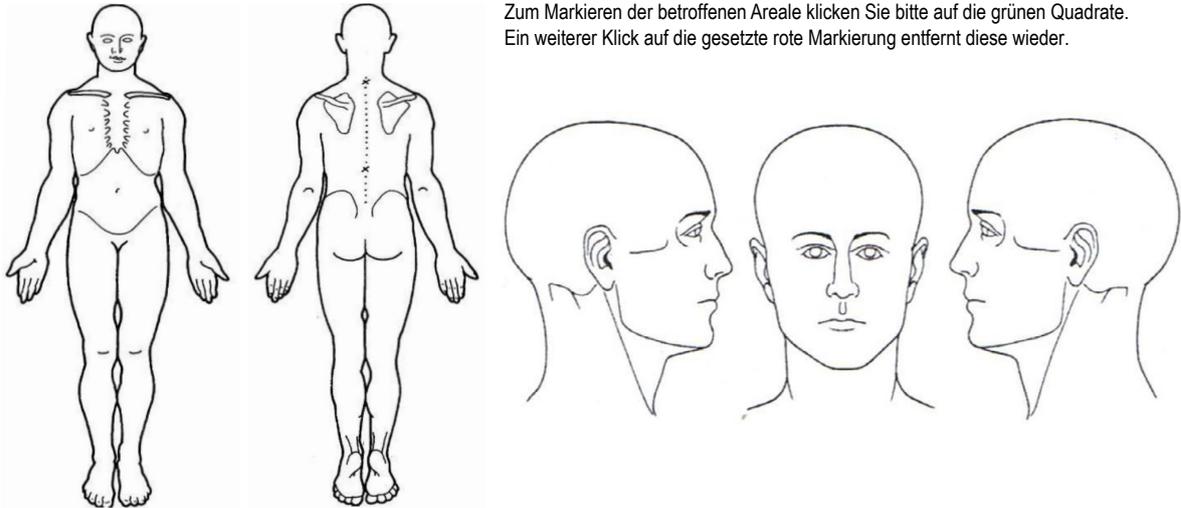


Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Angaben zur Person	
Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	e-Mail
Versicherung	Art der Versicherung
Beruf	Sport/Hobbies
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	

FRAGEN 1 - 9: Angaben zur Behandlung		KATEGORIE 1
<p>1 Wo haben Sie Ihre Probleme/Schmerzen?</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 1; padding-left: 20px;"> <p>Zum Markieren der betroffenen Areale klicken Sie bitte auf die grünen Quadrate. Ein weiterer Klick auf die gesetzte rote Markierung entfernt diese wieder.</p> </div> </div>		
2 Haben Sie Schmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
3 Ist Ihre Beweglichkeit verändert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
4 Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
5 Ist ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
6 Was sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?		
7 Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?		
8 Wie stark sind Ihre Beschwerden aktuell?		

FRAGEN 1 - 9: Angaben zur Behandlung

KATEGORIE 1

9a Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Bitte passenden Begriff anklicken)

Aktivität – Ruhe – Liegen – Sitzen – Aufstehen – Bücken – Beugen – Stehen – Gehen – Laufen – Heben – Tragen
 Überkopparbeit – Greifen – Arbeit – Hobby – Sport – morgens – abends
 Sonstiges:

9b Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Bitte passenden Begriff anklicken)

Aktivität – Ruhe – Liegen – Sitzen – Aufstehen – Bücken – Beugen – Stehen – Gehen – Laufen – Heben – Tragen
 Überkopparbeit – Greifen – Arbeit – Hobby – Sport – morgens – abends
 Sonstiges:

FRAGEN 10 - 18: Zur Beantwortung denken Sie nur an die vergangenen zwei Wochen

KATEGORIE 2

10 Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet? (Bitte passenden Wert anklicken)

keine Schmerzen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr starke Schmerzen

11 Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja nein

12 Haben Sie sich stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja nein

13 Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja nein

14 Hatten Sie störendere Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja nein

15 Denken Sie, dass Ihr Zustand anhalten wird? ja nein

16 Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja nein

17 Haben Sie sich aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja nein

18 Denken Sie, dass es für jemanden in ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja nein

FRAGEN 19 - 21:

KATEGORIE 3

19 Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja nein

20 Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf? ja nein
 Brennen ja nein
 Gefühl einer schmerzhaften Kälte ja nein
 Elektrische Schläge ja nein

21 Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf? ja nein
 Kribbeln ja nein
 Piksen ja nein
 Taubheitsgefühl ja nein
 Juckreiz ja nein

FRAGEN 22 - 31:

KATEGORIE 4

22 Haben Sie Ihre Beschwerden – permanent – mit Unterbrechung? (Bitte passenden Begriff anklicken)

23 Sind ihre Beschwerden – besser werdend – gleich bleibend – schlechter werdend – variabel?

24 Haben Sie aktuell – Ruheschmerzen – Nachtschmerzen – Dauerschmerzen?

25 Sind Sie – Asthmatiker/in – Diabetiker/in – haben Sie Osteoporose – andere Erkrankung?

FRAGEN 22 - 31:

KATEGORIE 4

- 26** Leiden Sie unter – Kopfschmerzen – Gang-/Gleichgewichtsstörungen – Blasenschwäche – Schwindel – Übelkeit Ohnmachtsanfälle – Benommenheit – Fieber – extremes nächtliches Schwitzen – Schluckbeschwerden – Doppelbildern? (Bitte passenden Begriff anklicken)
- 27** Leiden Sie unter – Sehproblemen – Sprechproblemen – Hörproblemen – Inkontinenz – Verstopfung morgendliche Steifheit – leichte Blutergüsse – Kurzatmigkeit oder Krämpfen? (Bitte passenden Begriff anklicken)
- 28** Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.) ja nein
- 29** Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein
- 30** Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 31** Könnte ein Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP in Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen? ja nein

FRAGEN 32 - 38:

KATEGORIE 5

- 32** Rauchen Sie? ja nein
- 33** Bewegen Sie sich pro Woche
- 150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja nein
 - 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja nein
- 34** Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining? ja nein
- 35** Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein
- 36** Können Sie nachts durchschlafen? ja nein
- 37** Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? Röntgen – Computertomografie – Kernspintomografie – Spritze – Massage – Physiotherapie – Training – Anderes (Bitte passenden Begriff anklicken)
- 38** Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Bei verspäteter Absage wird der ausgefallene Termin in Rechnung gestellt - dies gilt auch im Krankheitsfall. Eine Absage kann jederzeit, an allen Tagen (Montag – Sonntag), vor Ort während der Öffnungszeiten, per Telefon (ggf. auf dem Anrufbeantworter), sowie schriftlich per e-Mail erfolgen. Diese Regelung gilt auch bei Online-Buchungen. Für die ausgefallene Behandlung wird ein Ersatztermin vereinbart.

Ich erkläre mich einverstanden mit

- der Weitergabe meiner Daten ggf. an den behandelnden Arzt, einen praxisinternen Kollegen, an das Inkassounternehmen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen,
- der Übermittlung sensibler Daten, wie Rezepten und Rechnungen per E-Mail,
- der namentlichen Kennzeichnung meines persönlichen Faches für den Schonbezug der Behandlungsliege.

Nur für gesetzlich Versicherte: Für Krankengymnastik und manuelle Therapie beträgt die Behandlungszeit in unserer Praxis 15 Minuten (der 1. Termin kostenfrei 25 Minuten).

- Ich vereinbare für alle Behandlungstermine meines Rezeptes eine Zusatzzeit von jeweils 10 Minuten zu je 12,00 EUR pro Termin.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)