

## PATIENTEN - FRAGEBOGEN

**Sehr geehrte/r Patient/in,**

um uns ein umfassendes Bild machen zu können und somit eine bestmöglich auf Sie abgestimmte Behandlung durchzuführen, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Optimierung ihrer Betreuung durch unsere Praxis.

NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_ GEB.-DATUM: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

***Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freitextfelder aus.***

Was machen Sie beruflich?

\_\_\_\_\_

Was machen Sie in Ihrer Freizeit/ welche Hobbies haben Sie?

Wie oft pro Woche machen Sie Dieses?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sieht Ihre Körperhaltung bzw. Bewegung tagsüber überwiegend aus? (mehrere Angaben möglich)

gehend     stehend     sitzend     gebückt     hebend     tragend

oder: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

---

---

---

---

Wodurch werden die Beschwerden **ausgelöst**?

---

---

---

Wie lassen sich die Beschwerden **lindern**? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, etc.)

---

---

---

Wodurch werden die Beschwerden **verstärkt**? (z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen, etc.)

---

---

---

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem **verändert**?

---

---

---

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

---

---

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

---

---

---

Haben Sie schonmal eine schwere Krankheit durchgemacht? *Wann ja, welche und wann?*

---

---

---

Wurde bei Ihnen eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt? (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV-Positiv, MRSA-Positiv,...) *Wenn ja, welche und wann?*

---

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? (z.B. *Blutdrucksenker, Blutverdünner, Schmerzmittel, etc.*)

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Art des Unfalls/der Verletzung?	Wann?	Zurückgebliebene Folgeschäden

Hatten Sie schonmal einen Krankenhausaufenthalte?

Wann	Ursache/Grund

Rauchen Sie?

Ja       Nein      Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

Ja       Nein      Wenn ja, wie häufig und wieviel? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen beim husten/pressen/niesen?       Ja       Nein

Ist die Blasenfunktion gestört?       Ja       Nein

Haben Sie Nachtschmerzen?       Ja       Nein

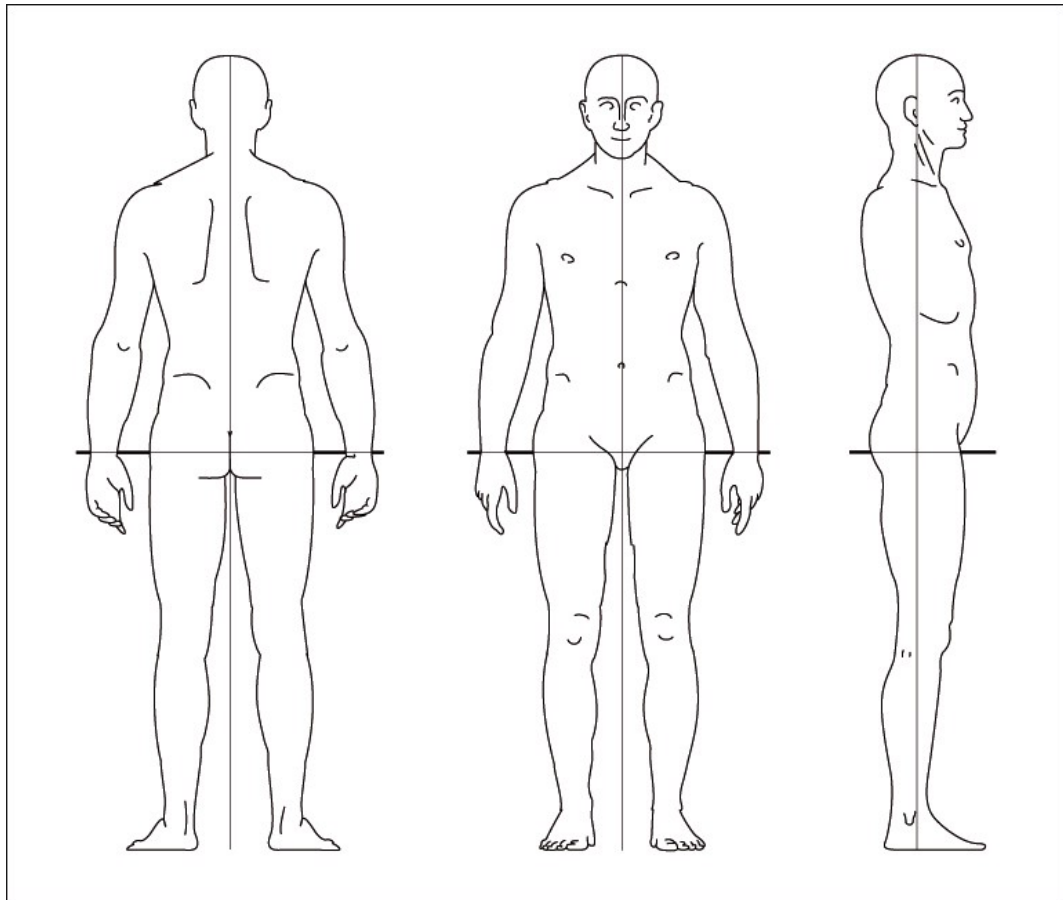
Haben/hatten Sie unbeabsichtigten Gewichtsverlust?       Ja       Nein

Haben Sie oft leicht erhöhte Temperatur?       Ja       Nein

Gibt es Röntgenbilder / MRT / CT / Arztberichte?       Ja       Nein

**SCHMERZFRAGEBOGEN:**

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort Ihrer Schmerzen an.



Seit wann bestehen diese Schmerzen?

- weniger als einen Monat     
  ½ Jahr bis 1 Jahr     
  2 bis 5 Jahre  
 1 Monat bis ½ Jahr     
  1 bis 2 Jahre     
  mehr als 5 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben? \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

---

Momentane Schmerzstärke? (0 = kein Schmerz ; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Durchschnittsstärke der Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen? (0 = kein Schmerz ; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Größte Schmerzstärke innerhalb der letzten 4 Wochen? (0 = kein Schmerz ; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Was wäre eine erträgliche Schmerzstärke? (0 = kein Schmerz ; 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie häufig treten die Schmerzen zurzeit auf?

- wenige Male im Jahr     
  wenige Male im Monat     
  mehrmals pro Woche  
 einmal täglich     
  mehrmals täglich     
  andauernd

Tageszeit:       in Ruhe       in Bewegung

Wie fühlen sich die Schmerzen an?

<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> unerträglich	<input type="radio"/> unangenehm	<input type="radio"/> quälend	<input type="radio"/> erschöpfend
<input type="radio"/> zermürend	<input type="radio"/> durchdringend	<input type="radio"/> beängstigend	<input type="radio"/> beklemmend	<input type="radio"/> drückend
<input type="radio"/> lähmend	<input type="radio"/> schneidend	<input type="radio"/> ziehend	<input type="radio"/> krampfartig	<input type="radio"/> reißend
<input type="radio"/> durchzuckend	<input type="radio"/> brennend	<input type="radio"/> scharf	<input type="radio"/> stechend	<input type="radio"/> bohrend
<input type="radio"/> hämmernd	<input type="radio"/> ausstrahlend	<input type="radio"/> pochend	<input type="radio"/> heiß	<input type="radio"/> pulsierend

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die Schmerzen Ihr Leben beeinflussen?

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
Berufliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häusliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soziale/Familiäre Aktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstversorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Lebensqualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bei welcher Bewegung fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen hauptsächlich eingeschränkt? (z.B. heben, sitzen, gehen, etc.)

---



---

Haben Sie Begleitbeschwerden? Wenn ja, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

<input type="radio"/> Appetitmangel	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> Anspannung	<input type="radio"/> Schlafmangel
<input type="radio"/> Übelkeit	<input type="radio"/> Müdigkeit	<input type="radio"/> Sorgen	<input type="radio"/> Abgeschlagenheit
<input type="radio"/> Erbrechen	<input type="radio"/> Schwächegefühl	<input type="radio"/> Reizbarkeit	
<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/> Konzentrationsstörung	<input type="radio"/> Erschöpfung	

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

---



---



---

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet?

- ständig     häufig     gelegentlich     selten     nie

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren?

Nein

Ja

**Haben oder hatten Sie Beschwerden mit...:**

- den Kiefergelenken  Ja  Nein
- der Schilddrüse  Ja  Nein
- Leber, Galle  Ja  Nein
- Magen  Ja  Nein
- Darm  Ja  Nein
- Bauchspeicheldrüse  Ja  Nein
- Niere, Blase  Ja  Nein
- Herz  Ja  Nein
- Lunge  Ja  Nein

für Männer:

- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Prostata, Hoden?  Ja  Nein

für Frauen:

- Haben oder hatten Sie Beschwerden an der Gebärmutter/ Eierstöcken?  
 Ja  Nein
- Sind Sie schwanger?  Ja  Nein
- Hatten Sie Geburten?  Ja  Nein
- Gibt es Menstruations- oder Wechseljahr-Beschwerden?  Ja  Nein

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

---

---

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

---

Datum

---

Unterschrift Patient/in