

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

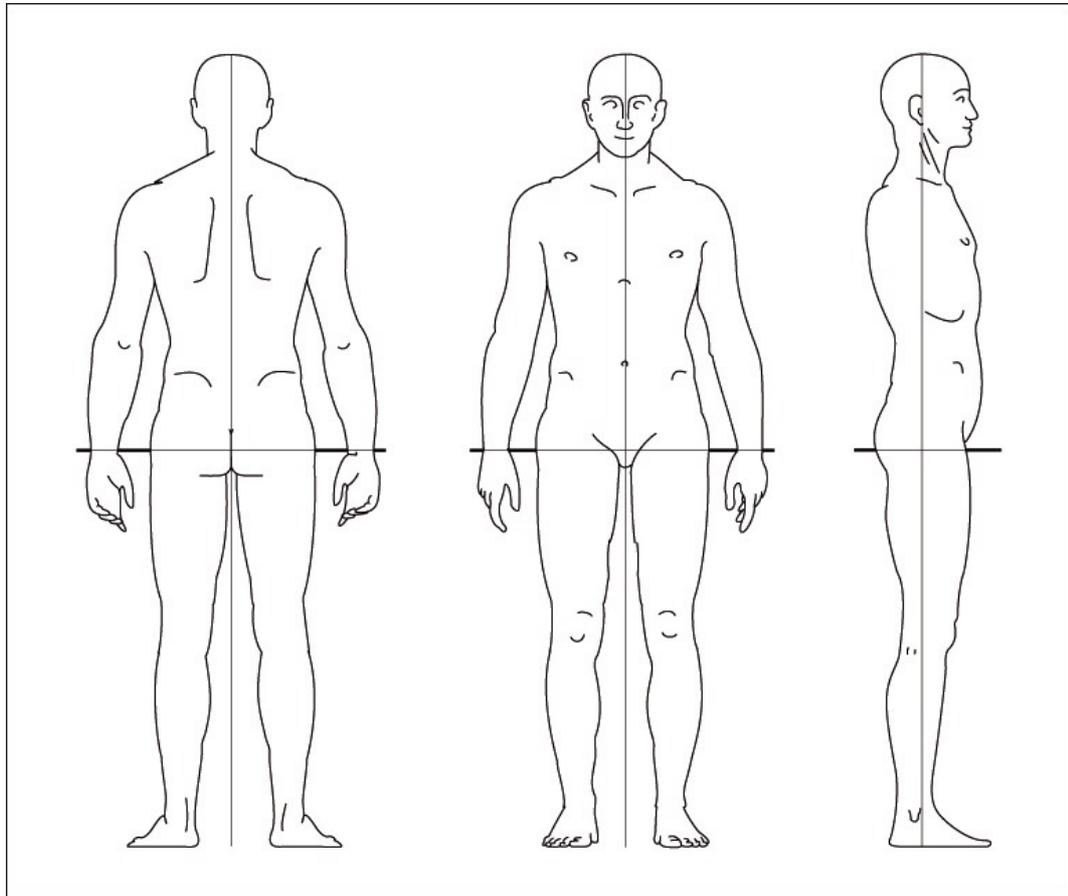
Haben/hatten Sie unbeabsichtigten Gewichtsverlust? Ja Nein

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"/>				
Häusliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>				
Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/>				
Soziale/Familiäre Aktivitäten	<input type="radio"/>				
Selbstversorgung	<input type="radio"/>				
Konzentrationsfähigkeit	<input type="radio"/>				
Stimmung	<input type="radio"/>				
Allgemeine Lebensqualität	<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