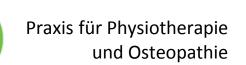


## Liebe Patientinnen und Patienten

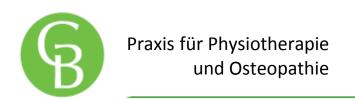
Zur besseren Vorbereitung Ihrer Behandlung bitte wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben	
Mein aktuelles Körpergewicht	kg
Meine Körpergröße	cm
Rauchen Sie (bitte ankreuzen)?	Ja □ Nein □
Bitte beschreiben Sie kurz Ihre aktue	llen Beschwerden:
	Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? Z.B. eine Operation, Medikamente, Impfungen usw.
Haben sich die Schmerzen seitdem v	verändert? Wenn ja, inwiefern?
Wie oft haben Sie die Schmerzen?	
□ Immer □ mehrmals am Tag	⊓ seltener ⊓ wöchentlich



## Heike Gerhards Rebekka Beemelmanns

Wann haben Sie di	ie Schmerzen?		
□ am Tag	□ nachts		□ im Liegen
□ nach dem Essen	□ in Ruhe		□ bei Belastung
□ beim Aufstehen			
Gibt es etwas, das	die Beschwerden ve	erschlimmert?	
□ Bewegung	□ Ruhe		
□ Wärme	□ Kälte		
Wie ist das Schme	rzempfinden?		
□ ziehend	□ stechend	□ krampfend	
□ bohrend	□ klopfend	□ reißend	□ dumpf
□ brennend	□ drückend	□ kolikartig	□ beengend
Haben Sie neben dem Schmerz noch weitere Symptome?			
□ Hautrötung	□ Schwellung	□ Tau	bheitsgefühl
□ Kribbeln	□ Seh-oder Hörstö	rungen □ Koo	rdinationsstörungen
□ Müdigkeit	□ Blässe	□ Bew	vegungseinschränkung
□ Schwindel	□ Schweißbildung	□ Beri	ührungsempfindlichkeit
□ "Ameisenlaufen"	□ Gangunsicherhei	it □ Mus	skelschwäche
Bisherige Schmerzbehandlung. Mit welchem Erfolg?			
Bisherige Schmerz	benandlung. Mit wei	ichem Enoig?	

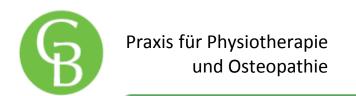


Informationen zu Ihre	er Geburt		
□ Spontangeburt			
□ langwierige Geburt			
□ schnelle Geburt			
□ Komplikationen währ	rend der Geburt	– wenn ja, we	elche
Verletzungshistorie (bi	tte auch Verletzu	ungen aus dei	r Kindheit berücksichtigen)
□ Unfälle □ Kopfve	rletzungen	□ Brüche	
□ Stürze □ Sportur	nfälle		
Knicken Sie um – sind Sie umgeknickt?			
□ Fuß rechts		□ Fuß links	
Sind Sie häufiger gesti	ürzt?		
□ Ja		□ Nein	
<u>Erkrankungen</u>			
Leiden Sie unter			
□ Blutdruckprobleme	□ Gefäßerkr	ankung	□ Diabetes
□ Gicht	□ Allergie		□ Unverträglichkeiten
bitt	e geben Sie bei Alle	ergien und Unve	rträglichkeiten die Ursachen an



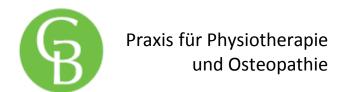
## Praxis für Physiotherapie und Osteopathie

Haben Sie Störungen, Entzündungen oder Erkrankungen in folgenden Körpersystemen? □ Gehirn □ Herz □ Lunge □ Nervensystem □ Schilddrüse □ Nieren □ Gebärmutter □ Blase □ Leber □ Magen-Darm-Trakt □ Galle □ Bauchspeicherdrüse Haben Sie Probleme beim □ Wasserlassen □ Stuhlgang Haben Sie häufig □ Verstopfung □ Blähungen □ Durchfall □ einen nervösen Magen Leiden Sie unter □ Leistungsabfall □ Überforderung □ Schlafstörungen □ Familienproblemen □ Konzentrationsschwäche □ Gereiztheit □ Angstgefühlen □ Stimmungsschwankungen □ Unruhe □ Arbeitsproblemen □ anderen Problemen □ dauerhaftem Stress



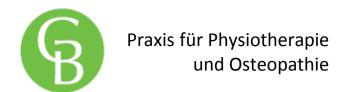
## Fragen nur an Frauen

Leiden Sie unter Menstrua Blutungen	ationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen
□ Ja	□ Nein
Nehmen Sie Hormone / di	e Pille?
□ Ja	□ Nein
Wenn Sie leibliche Kinder	haben.
a. Wie war die Geburt?	
□ Spontangeburt	□ PDA
□ Zangengeburt	□ Steißlage
b. Gab es Komplikationen	während der Schwangerschaft, oder nach Geburt?
□ Ja Wenn ja welche?	□ Nein
4. Leiden Sie unter Wechs	seljahresbeschwerden?
□ Ja	□ Nein



<u>Aligeme</u>	<u>ine Ler</u>	<u>ensweise</u>	3

Wie sehen Ihre Essgewohnheiten aus?			
□ Allesesser □ V	egetarier	□ Veganer	
□ Fastfood □ b	esondere Diät,	ggf. welche	
Wie viel trinken Sie am			
Wie oft trinken Sie alko	holische Geträr	nke?	
□ täglich	□ 2-3 Mal d	ie Woche	
□ einmal wöchentlich □ einmal im Monat			
□ nie			
Gibt es in der Familie besondere Erkrankungen, Erbkrankheiten?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen?			
Wenn Sie operiert wurden Wann, was und wie wurde bei Ihnen operiert?			
Gab es Komplikationen oder postoperative Beschwerden?			



Welche Narkose hal	oen Sie erhalten	
□ Vollnarkose	□ Teilnarkose	□ Rückenmarksnarkose
Krankengeschichte		
Bitte erfassen Sie alle durchgemacht haben.		en und Operationen, die Sie
Bringen Sie den ausg Praxis mit.	efüllten Fragebogen bitte	e zur ersten Behandlung in unsere
Vielen Dank!		