

Ihr erster Schritt.

Bitte laden Sie diese Datei herunter, füllen Sie die Felder aus und speichern Sie Ihre Kopie.

Die Angaben bleiben in Ihrer PDF-Datei. Dieses Formular versendet keine Daten automatisch. Bringen Sie Ihre gespeicherte oder ausgedruckte Fassung zum Termin mit. Falls Ihr Browser Eingaben nicht speichert, öffnen Sie die Datei in einem PDF-Programm, z. B. Adobe Acrobat Reader.

Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon privat

Telefon geschäftlich (optional)

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

Versicherung

Beruf / Tätigkeit

Alter

Sport / Hobbys

Hausärztin / Hausarzt

Datum des Ausfüllens

Termin (falls bereits vereinbart)

Bitte sagen Sie Termine möglichst frühzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, ab. Es gelten die mit der Praxis vereinbarten Terminbedingungen. Offene Fragen und erforderliche Unterschriften klären wir persönlich in der Praxis.

Ihre Beschwerden.

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst in Ihren eigenen Worten. Unklare Angaben besprechen wir gemeinsam.

1. Wo haben Sie Probleme? Bitte Körperregion, Seite und Ausstrahlung beschreiben.

2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

3. Was sind Ihre Nebenbeschwerden?

4. Haben Sie Schmerzen?

5. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

6. Ist Ihr Gefühlsempfinden verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)?

7. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

8. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

Verlauf & Einflüsse.

Wann treten Beschwerden auf? Was verändert sie? Diese Angaben helfen uns bei der Einordnung.

9. Wie lange bestehen Haupt- und Nebenbeschwerden?

10. Gab es einen Auslöser (z. B. Unfall, Operation, Unverträglichkeit)?

11. Was verbessert Ihre Beschwerden?

12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

13. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? 0 = kein Schmerz; 10 = maximaler Schmerz.

14. Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? 0 = kein Schmerz; 10 = maximaler Schmerz.

15. Ihr allgemeiner Funktionsstatus? 0 = keine Funktion; 10 = ohne Einschränkung.

16. Wie ist Ihre Stimmung? 0 = niedergeschlagen; 10 = sehr gute Stimmung.

Beschwerden im Alltag.

Bitte wählen Sie eine Antwort. Nutzen Sie das Freitextfeld für Erläuterungen oder Unsicherheiten.

17. Bestehen Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechungen?

18. Beschreiben Sie den Tagesverlauf Ihrer Beschwerden.

19. Wie haben sich die Hauptbeschwerden über die Zeit verändert?

19. Wie haben sich die Nebenbeschwerden über die Zeit verändert?

20. Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken?

21. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

22. Sind Sie schwanger?

23. Haben Sie Kopfschmerzen?

24. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?

Erläuterungen zu Ihren Antworten (optional)

Gesundheit & Vorgeschichte.

Bitte nennen Sie bekannte Erkrankungen und Medikamente. Eine Medikamentenliste können Sie zum Termin mitbringen.

25. Haben Sie Diabetes?

26. Haben Sie Osteoporose?

27. Haben Sie weitere Erkrankungen oder Beschwerden (z. B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein)?

28. Haben Sie vegetative Beschwerden (z. B. Schwitzen, Frösteln)?

29. Haben Sie Beschwerden mit dem Verdauungstrakt?

Falls ja: Bitte Erkrankungen und Beschwerden zu 27-29 beschreiben.

30. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?

Falls ja: Welche Medikamente und welche Dosierung?

31. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

32. Haben Sie nachts Schmerzen?

33. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

34. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen?

Ihre Erfahrungen & Ziele.

Körperliche Beschwerden, seelische Belastung und Lebensumstände dürfen hier gemeinsam Platz haben.

35. Hatten Sie bereits Unfälle und/oder Operationen?

Falls ja: Welche und in welchem Jahr?

36. Sonstige Beschwerden (z. B. Sehen, Sprechen, Hören, Inkontinenz), unabhängig vom Hauptproblem?

Falls ja: Welche?

37. Fühlen Sie sich psychisch belastet (z. B. beruflich oder familiär)?

Falls ja: Was möchten Sie uns dazu mitteilen?

38. Haben Sie Bedenken, dass Belastung oder Bewegung Ihrem Problem schadet?

39. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?

40. Bisherige Diagnostik / Maßnahmen (z. B. Röntgen, CT, MRT, Spritze, Massage, Physiotherapie, anderes)

41. Welche Therapien wurden durchgeführt und mit welchem Erfolg?

42. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?