

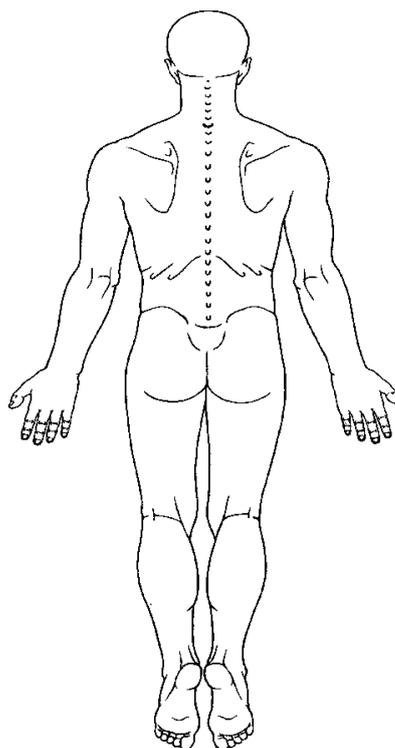
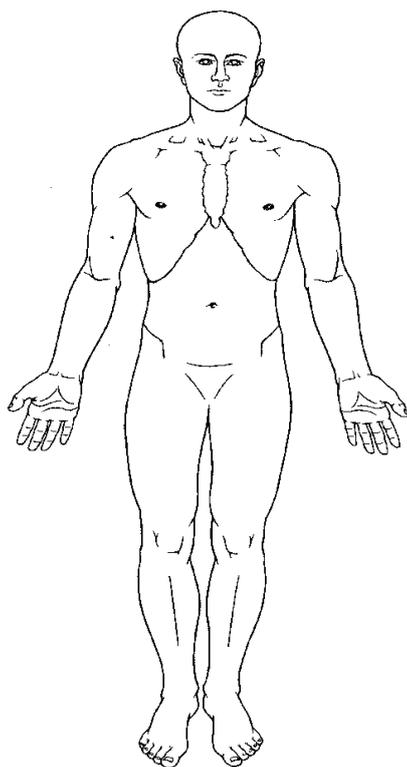
Um die Behandlung so gut wie möglich durchführen, zu können, füllen Sie bitte diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus:

Name: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_ Jahre Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ m Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_ Aktuelle Belastungen: \_\_\_\_\_ Hobby/Sport: \_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie Ihre Symptome und evtl. Vorerkrankungen in den folgenden Zeichnungen ein:  Schmerz  Kraftverlust  Kribbeln oder ähnliches  Op / Unfall / Fraktur



Zu den aktuellen Beschwerden:

Bitte kreuzen Sie an, wie stark die Beschwerden sind: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10  
(nicht vorhanden → tödlich)

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Beschwerden bestehen seit: \_\_\_\_\_ und sind seitdem eher:  
 schlechter,  besser  unverändert geblieben (bitte das Zutreffende ankreuzen).

Wenn möglich, benennen Sie bitte einen möglichen Auslöser für Ihre Beschwerden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestehen die Beschwerden  konstant (ohne 10 Min. Beschwerdefreiheit am Tag) oder  
 immer mal wieder (bitte das Zutreffende ankreuzen)?

Können die Beschwerden durch eine  Haltung /  Bewegung oder  eine Situation  
 ausgelöst,  verschlechtert,  verbessert,  beendet werden: Bitte beschreiben Sie dies  
kurz: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wachen Sie nachts von den Beschwerden auf und haben Schwierigkeiten, wieder ein-  
zuschlafen?  Ja  Nein

Gibt es eine Bewegung oder Haltung, die Sie aufgrund der Beschwerden gar nicht mehr  
ausführen / einnehmen können? Bitte beschreiben Sie dann diese: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie, falls die Symptome Sie in Ihrem Alltag, Berufsleben oder in der Freizeit  
einschränken: \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell zusätzliche Symptome, die vorher nicht vorhanden waren? Bitte  
beschreiben Sie dann diese: \_\_\_\_\_

Zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand:

Geht es Ihnen abgesehen von den beschriebenen Symptomen sonst gut?

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 5 Infekte?  Nein  Ja, diese \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_ Kg

Leiden Sie unter  Schwindel  Übelkeit  Ohrgeräusch  Schluckbeschwerden  Gleichgewichtsproblemen  Stürzen  ungewöhnlichen Husten (bitte das Zutreffende ankreuzen)?

Haben Sie Vorerkrankungen wie:

Diabetes  Osteoporose  Tuberkulose  Störung der Schilddrüse  Krebs  Arteriosklerose  
 Organstörungen  Blutgerinnungsstörungen  neurologische Erkrankungen  Sonstige: \_\_\_\_\_

Sind in Ihrer Familie Vorerkrankungen vorgekommen, wie:  Krebs  Osteoporose  
 Herzerkrankungen  Schlaganfall  Bluterkrankungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen)?

Konsumieren Sie  Alkohol,  Tabak oder  sonstiges?  Ja: wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein? Bitte schreiben Sie diese und den Grund für die Einnahme auf:

Präparat:	Grund für die Einnahme:

Heben Sie vorher Kortison eingenommen?  Nein  Ja: zu dieser Zeit: \_\_\_\_\_

Zurück zu den aktuellen Beschwerden:

Was ist Ihr Ziel für die Phase der aktuellen Blankoverordnung? Bitte beschreiben Sie diese so konkret wie möglich und wie Sie diese erreichen möchten: \_\_\_\_\_

---

---

Gibt es Faktoren, die diese Zielerreichung positiv oder negativ beeinflussen können?

Fördernde Faktoren: \_\_\_\_\_

---

---

---

Barrieren, negative Faktoren: \_\_\_\_\_

---

---

---

Wurde etwas vergessen, was Sie noch mitteilen möchten? Dafür ist hier noch Raum: \_\_\_\_\_

---

Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre fleißige Mitarbeit, nun widmen wir uns weiter der Therapie!