

SELBSTAUSKUNFTSBOGEN

ZUR THERAPIE UND ZU DEM REHASPORT

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

WIE ERREICHEN WIR SIE AM BESTEN?

Mobilnummer: * _____

Emailadresse: * _____

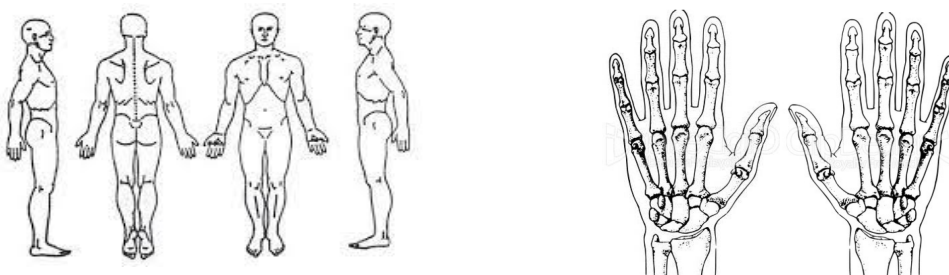
Telefon Festnetz: * _____

Straße, Hausnummer * _____

PLZ, Stadt * _____

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

1) Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie Schmerzen?

ja nein

3.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? (bitte einkreisen)



4.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

6.) Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

7.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden bzw. Einschränkungen in Ihrem Alltag?

8.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

9.) a) Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

b) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte unterstreichen)

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Sonstiges:

Zur Beantwortung der Fragen 10-18 denken Sie bitte nur an die vergangenen zwei Wochen:

10.) Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet? (bitte einkreisen)



11.) Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja nein

12.) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja nein

13.) Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja nein

14.) Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ja nein

15.) Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja nein

16.) Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja nein

17.) Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja nein

18.) Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?

Brennen: ja nein

Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja nein

Elektrische Schläge: ja nein

19.) Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent/mit Unterbrechungen? (bitte einkreisen)

20.) Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? (bitte einkreisen)

21.) Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen) ja nein

22.) Leiden Sie unter folgenden Nebenleitsymptomen? Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit (bitte einkreisen)

23.) Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme (bitte einkreisen) ja nein

24.) Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen? (bitte einkreisen) ja nein

25.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? ja nein

Wenn ja,

welche _____

26.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein

27.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein



28.) Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP, der im Zusammenhang mit ihren

- Beschwerden stehen könnte? ja nein
- 29.) Rauchen Sie? ja nein
- 30.) Sind Sie schwanger? ja nein
- 31.) Machen Sie regelmäßig Sport? ja nein
- 32.) Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein
- 33.) Können Sie nachts durchschlafen? ja nein
- 34.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik (Röntgen, MRT) oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Physiotherapie/Training/Ergotherapie/Logopädie/Psychologe/Akupunktur/
Osteopathie/Operation/Anderes (bitte einkreisen)

- 35.) Verwenden Sie Hilfsmittel (Brille/Schienen/Gehhilfen/etc.)? ja nein

Wenn Ja, welche _____

- 36.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Hausordnung (Auszug):

Rezeptgebühren sind vor dem ersten Termin zu bezahlen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein Handtuch sowie saubere Turnschuhe mit. Trinkwasser nur in Plastikflaschen. Es ist verboten, sofern Sie einen Termin im Kraftraum haben, allein zu beginnen – es ist immer auf den zuständigen Therapeuten zu warten. Therapeuten haben das Recht, Patienten bei Verdacht auf ansteckende Krankheiten, wie einer Grippe oder einer Magen-Darm-Entzündung, wieder nach Hause zu schicken.

Datum:

Unterschrift:
