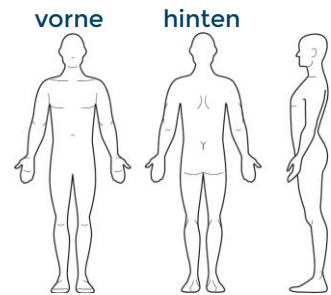


Selbstauskunftsbogen für Patienten

Liebe*r Patient*in, um Ihnen die beste Behandlung zu ermöglichen, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen. Ihre Angaben werden nur gemäß der separat von Ihnen zu unterzeichnenden Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung verwendet. Bitte informieren Sie Ihren Therapeuten, falls sich Ihr Gesundheitszustand während der Therapie ändern sollte. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientenname		Datum	
Beruf		Alter	

1. Wo haben Sie Probleme? (bitte ins Körperschema einzeichnen)



2. Hat sich Ihre Sensibilität in Form von Kribbeln oder Taubheit verändert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Leiden Sie unter einem Kraftverlust?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Wie lange leiden Sie bereits unter Ihren Beschwerden?	_____
5. Gab es einen konkreten Auslöser Ihrer Beschwerden wie z.B. einen Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan auf einer Skala von 1 bis 10?	Bitte einkreisen.
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz	
7. Leiden Sie unter Schmerzen beim Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8. Leiden Sie unter Bluthochdruck oder Herzproblemen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9. Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit oder Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma oder Osteoporose?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
13. Haben Sie in den letzten Wochen ungewollt abgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14. Litten Sie in den letzten Wochen an Fieber oder nächtlichem Schwitzen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
16. Welche Maßnahmen zur Diagnostik wie Röntgen / MRT oder Therapie wie Spritzen / Physiotherapie oder Operationen wurden bisher durchgeführt?	Bitte einkreisen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet haben.

_____ Unterschrift