

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!

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Wie erreichen wir Sie am besten?

Mobilnummer: * _____

Emailadresse: * _____

Telefon Festnetz: * _____

Straße, Hausnummer * _____

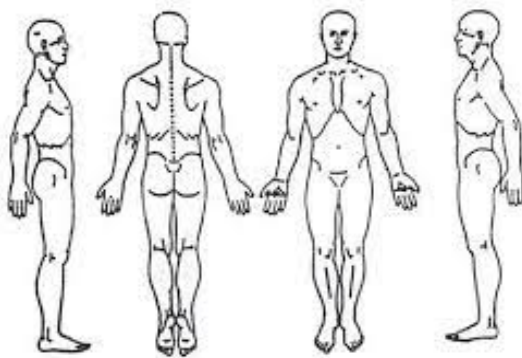
PLZ, Stadt * _____

Ich wünsche Terminbestätigungen per E-Mail

Ja

Nein

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



2.) Haben Sie Schmerzen? ja nein

3.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

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

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

6.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? _____

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

8.) 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:

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

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10)

(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

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)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10)

(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

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 Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, ja nein
- 23.) Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit 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
- 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.) Bewegen Sie sich pro Woche

a) 150 Minuten bei niederer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja nein

31.) Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining? ja nein

32.) Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein

33.) Können Sie nachts durchschlafen? ja nein

34.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Physiotherapie/Training/Anderes (bitte einkreisen)

35.) 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 einer Grippe oder einer Magen-Darm-Entzündung, wieder nach Hause zu schicken.

Ort/Datum _____ Unterschrift Patient _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

