

Eingangsfragebogen

wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name:

Geburtsdatum:

Aktuelle Situation

Was hat Sie zu uns geführt? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?

Vorgeschichte

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sich diese seitdem verändert?

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?

(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)

Weißt Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?

Brennen / Gefühl einer schmerzhaften Kälte / Elektrische Schläge

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

z.B. Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Laufen, Sport.

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Lebenssituation

Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch?

Aktueller Beruf:

Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. in Stunden/Prozent

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände

Ist Ihr Beweglichkeit verändert?

Ja

Nein

Ist Ihre Sensibilität verändert?

Ja

Nein

(Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Stiche)

Ist Ihre Kraft verändert?

Ja

Nein

(Kraftlosigkeit, Lähmung)

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?

Ja

Nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Leiden Sie an Osteoporose?

Ja

Nein

Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren verkleinert?

Ja

Nein

Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz?

Ja

Nein

Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen oder stürzen Sie manchmal?

Ja

Nein

Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke?

Ja

Nein

Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca.3-4 Uhr) noch vor der Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören?

Ja

Nein

Sind Sie in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten? Ja Nein

Haben Sie Probleme beim Husten Nießen Pressen Einatmen Ja Nein

Leiden Sie an Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Sprachproblemen Ja Nein

Haben Sie das Gefühl auf Watte zu gehen? Ja Nein

Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit? Wenn ja, in welchem Bereich? Ja Nein

Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt? Ja Nein

Leiden Sie unter häufigen Infektionen ($\geq 5\%$ Infektionen/Jahr) Ja Nein

Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? Ja Nein

Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen? Ja Nein

Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst? Ja Nein

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne mögen? Ja Nein

Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? Ja Nein

Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?

Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können? Wenn ja, warum? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?

Ja

Nein

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)?

Ja

Nein

Nehmen Sie momentan Medikamente? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten?
(z.B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)

Ja

Nein

Vielen Dank!