

Name: _____ Vorname: _____
 (bitte deutlich in Druckschrift)

w m d Alter: _____

Sind Sie krankgeschrieben? nein ja seit _____

1) Welche Diagnostik wurde bisher durchgeführt und wann? (Datum)

CT am: _____ MRT am: _____ Sono am: _____
 Rö. am: _____ Andere: _____

2) Welche Therapiemaßnahmen wurden auf Grund Ihrer aktuellen Beschwerden bisher durchgeführt?

Spritzen Akupunktur Osteopathie Physiotherapie andere _____

Erfolgen zeitgleich weitere Therapien? nein ja wann? welche?: _____

5) Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Schlaganfall Herzinfarkt Diabetes Rheuma Hypertonie
 Osteoporose COPD HIV Krebserkrankung: _____
 Schilddrüse: Unterfunkt. Überfunkt. Niereninsuffizienz Covid-19 (Corona Virus)
 Andere: _____

6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein
 ja gegen: _____

 Schmerzmittel: _____

Ggf. Medikamentenliste mitbringen

8) Hatten Sie bisher Unfälle? nein ja am: _____
 Operationen? nein ja am: _____
 wo: _____

9) Haben Sie Narben? nein ja wo: _____

Name: _____ Vorname: _____
 (bitte deutlich in Druckschrift)

10) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

nein ja wo: _____

11) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

nein ja wie viel? _____

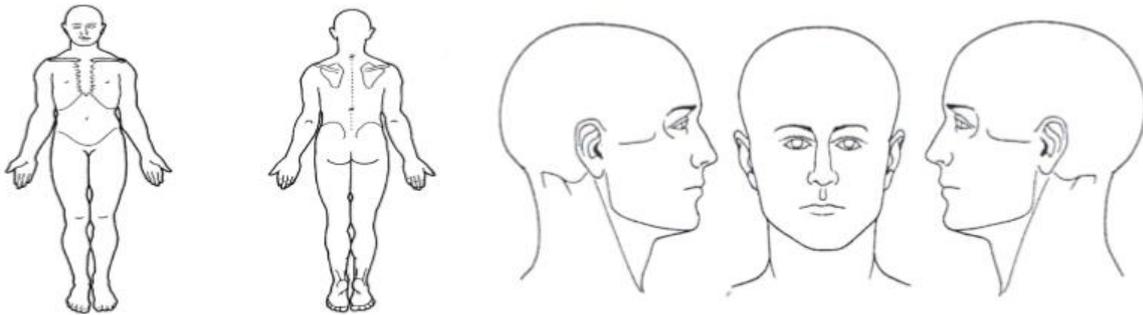
12) Hatten Sie in den letzten Wochen Fieber und / oder nächtliches extremes Schwitzen?

nein ja

13) Leiden Sie unter schmerzbedingten Schlafstörungen?

nein ja

14) Wo haben Sie Ihre Probleme/ Schmerzen? (bitte einzeichnen und beschreiben)



16) Wie stark sind aktuell Ihre Schmerzen?

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

18) Welche Alltagseinschränkungen stören Sie am meisten und welche Aktivität/-en können Sie nicht mehr oder nur verändert ausführen?

20) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele an die Therapie? Was möchten Sie erreichen?

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der Schweigepflicht gem. §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

Datum: _____ Unterschrift: _____