

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 (bitte deutlich in Druckschrift)

Geschlecht: \_\_\_\_\_ 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  Bluthochdruck  
 Osteoporose  COPD  HIV  Krebserkrankung: \_\_\_\_\_  
 Schilddrüse:  Unterfunkt.  Überfunkt.  Niereninsuffizienz  Covid-19 (Corona Virus)  
 Migräne  Psychische Erkrankung

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? \_\_\_\_\_

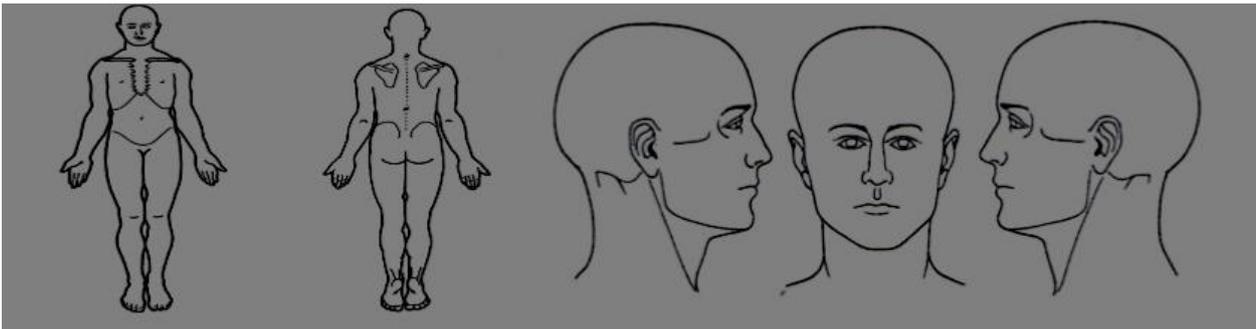
12) Hatten Sie in den letzten Wochen Fieber und / oder nächtliches extremes Schwitzen?

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?

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_