

## Fragen zum Hauptproblem

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
um eine möglichst optimale Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrem Hauptproblem. In Ihrem eignen Interesse bitten wir Sie, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten. Möchten oder können Sie eine Frage nicht beantworten, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen. Alle Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

### Fragen zu Ihrem Hauptproblem

1 Können Sie kurz Beschreiben, welche Beschwerden Sie haben?

2 Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?

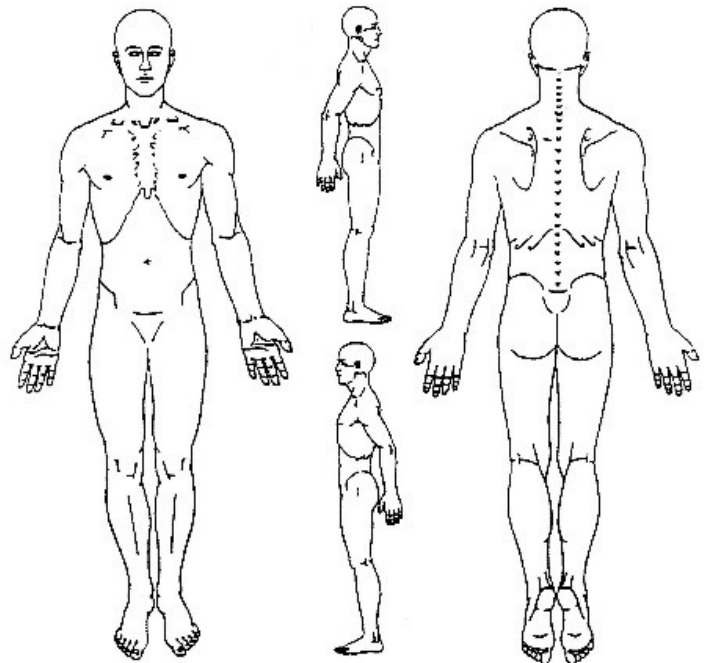
3 Gibt es einen Auslöser (Sturz, Unfall, etc.)? Beschreiben Sie bitte kurz:

4 Bitte markieren Sie grob Ort und Ausbreitung Ihrer Beschwerden in die nebenstehende Abbildung. Beschreiben sie diese kurz:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Welche Symptome bzw. Beschwerdearten treten bei Ihnen auf?

- Schmerz
- Kraftverlust
- Bewegungseinschränkung
- Kribbeln
- Taubheit
- Lähmungserscheinungen
- Spastiken

Eigene Beschreibung:

\_\_\_\_\_

5 Wie stark sind Ihre Schmerzen? (0 kein Schmerz; 10 max. Schmerz)?

Schmerzen in Ruhe:	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Schmerzen bei Belastung:	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
Maximaler Schmerz der letzten 24 Std.:	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Bitte einkreisen!

## Fragen zu Ihrem Hauptproblem

- 6 Beschreiben Sie Ihre Schmerzen etwas näher. [nur, wenn sie Schmerzen haben]  
Tagesverlauf:  morgens  tagsüber  abends  nachts  permanent  mit Unterbrechungen  
Qualität:  Stechend  ziehen  brennend  bohrend  dumpf  hell  drückend  
Gesamtverlauf:  gleich bleibend  besser werdend  verschlechternd  
Ihre eigene Beschreibung: \_\_\_\_\_
- 7 Falls Ihre Beweglichkeit verändert ist: Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können? Wo? Und um welche Bewegung handelt es sich?

8 Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden bzw. was verschlechtert Ihre Beschwerden?

9 Was verbessert Ihre Beschwerden?

- 10 Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bisher durchgeführt?
- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> Röntgen        | <input type="checkbox"/> Spritze          | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Massage             | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Fitnesstraining     |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____      |   |   |  |

11 Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

### Erklärung I

**Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Therapeutenziele/ Mustererkennung

Muster:

Diagnosegruppe:

Un-/ Mild-/ ernsthaft Spezifisch:

Geplante Dauer der Behandlung:

Behandlungsziel: