

## Fragebogen Gesundheit

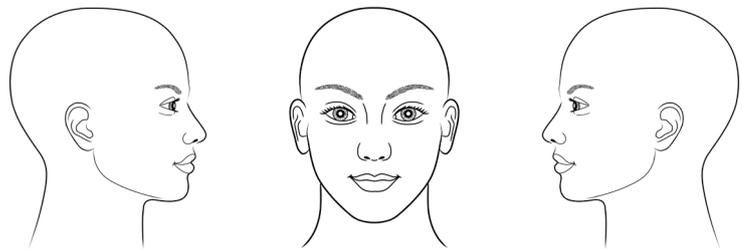
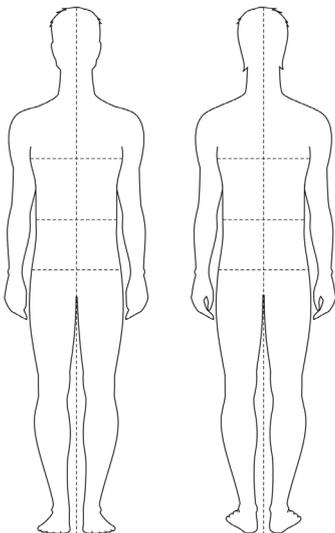
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Sport/Hobby \_\_\_\_\_

1) Bitte **zeichnen** Sie Ihre Beschwerden ein:



2) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Haben Sie **Schmerzen**?

ja     nein

4) Sind Sie in Ihrer **Beweglichkeit** eingeschränkt?

ja     nein

5) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbeln/Taubheit)?

ja     nein

6) Empfinden Sie **Kraftverlust** im Seitenvergleich?

ja     nein

7) Welche **Einschränkungen** haben Sie im **Alltag**?

\_\_\_\_\_

8) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon?

\_\_\_\_\_

9) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc)?

\_\_\_\_\_

10) Was **reduziert** Ihre Beschwerden?

\_\_\_\_\_

11) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden?

\_\_\_\_\_

12) Wie stark sind Ihre Beschwerden **momentan**? (bitte einkreisen)

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

