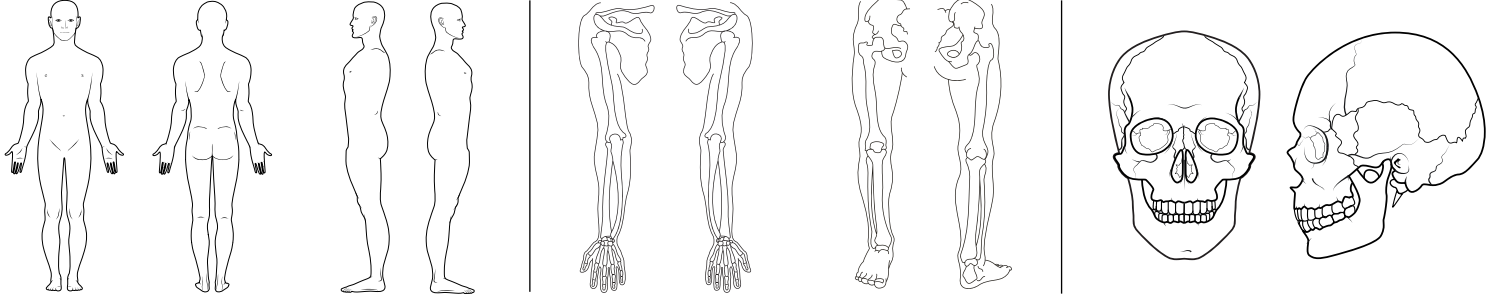


Name, Vorname

Geb.-Datum

1. Kreuzen Sie bitte den Ort ihrer Schmerzen/ Bewegungseinschränkungen an



2. Schätzen Sie bitte die Stärke Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) und 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) ein.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ort 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Wie fühlen sich Ihre Schmerzen an?

- ziehend
- klopfend
- diffus
- brennend
- dumpf
- oberflächlich
- beängstigend
- kribbelnd
- krampfartig
- stechend
- tief
- ausstrahlend

Eigene Beschreibung:

.....

.....

4. Seit wann kennen Sie Schmerzen im angegebenen Bereich?

.....

5. Seit wann sind diese akut?

.....

6. Wann treten Ihre Schmerzen auf?

Morgens, im Laufe des Tages, abends, bestimmte Bewegung?

.....

7. Wie oft treten Ihre Schmerzen auf?

Täglich, 1-2 x in der Woche, 1-2 x im Monat oder seltener?

.....

8. Wie lange dauert der Schmerz für gewöhnlich?

Minuten, Stunden, Tage?

.....

9. Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?

Z.B. Ruhe, Bewegung, gehen, stehen...

.....

10. Wodurch werden Ihre Beschwerden verringert?

Z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, Bewegung, Medikamente...

.....

11. Kennen Sie aktuelle Begleitbeschwerden?

- Appetitmangel Müdigkeit Erschöpfung Ohrenschmerzen Gewichtsabnahme Andere:
- Übelkeit Schwächegefühl Schlafmangel Taubheitsgefühl Stress
- Erbrechen Anspannung Abgeschlagenheit Kurzatmigkeit Ängste
- Verstopfung Sorgen Schwindel Schluckbeschwerden
- Durchfall Reizbarkeit Kopfschmerzen Inkontinenz

12. In welchen Bereichen Ihres Lebens fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden wie stark eingeschränkt? (0 = gar nicht, 10 = nicht machbar)

- berufliche Tätigkeiten Sport Andere:
- häusliche Arbeiten Hobbies
- soziale Aktivitäten Konzentrationsfähigkeit
- Alltagsbewegung Stimmung
- Autofahren allgemeine Lebensqualität

13. Welche sonstigen Erkrankungen haben/ hatten Sie? Wenn ja, wann?

- Herz-Kreislauf- System Psyche Andere:
- Thrombose (tief o. oberflächlich) Lungenerkrankungen
- Magen-Darm-Trakt Hepatitis
- Osteoporose Diabetes mellitus
- Schilddrüse Krebserkrankungen / Metastasen

**14. Haben Operationen stattgefunden?
Wenn ja, welche (jeglicher Art mit Jahresangabe)?**

.....
.....

15. Hatten Sie Unfälle, Stürze, Verletzungen/ Brüche?

.....
.....

16. Wogegen nehmen Sie Medikamente?

.....
.....

17. Wurden bildgebende Verfahren (Röntgen, Kernspin-Tomographie, CT) durchgeführt? Wann? Was hat der Arzt dazu gesagt?

.....
.....

18. Hat Ihr Arzt Ihnen eine Diagnose genannt?

.....
.....

19. Welche Bewegung, Sport, Hobbies betreiben Sie regelmäßig?

.....
.....

20. Welche Wünsche, Erwartungen oder Ziele verbinden Sie mit der Therapie?

.....
.....

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es nach der Befundaufnahme oder auch mal nach einer physiotherapeutischen Behandlung zu einer Erstverschlimmerung kommen kann. Bitte teilen Sie uns dies unbedingt bei der Folgebehandlung mit, damit wir entsprechend darauf eingehen können.

Öffnungszeiten: Mo-Fr 7.30 - 20.00 Uhr

Termine nach Vereinbarung

Sutelstraße 58
30659 Hannover
Tel. (0511) 64 05 005
Fax (0511) 64 05 004

www.radius-o.de
info@radius-o.de

Datum

.....

Unterschrift

.....

