

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg

Aktuelle Beschäftigung:

- Ganztags Teilzeit Rentner Hausfrau Arbeitssuchend Schule/Ausbildung

Tätigkeit im Beruf & Freizeit überwiegend...

- Überwiegend sitzend überwiegend stehend überwiegend in Bewegung

Zufriedenheit im Beruf:

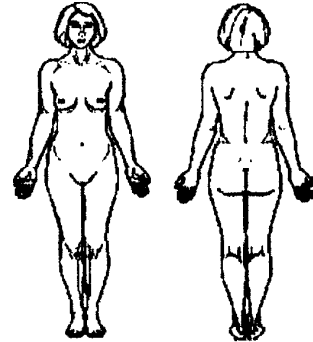
- Zufrieden nicht ganz zufrieden unzufrieden

Wo haben Sie aktuell Schmerzen?

Markieren Sie die Stelle mit Schmerz/ Problem mit einem X.

Strahlen die Schmerzen aus?

- Nein
- Ja, Arme beidseits Ja, Beine beidseits
- Ja, Arm rechts Ja, Bein rechts
- Ja, Arm links Ja, Bein links



Bestehen Missempfindungen?

- Nein
- Kribbeln/ Brennen Taubheit
- Lähmung Kraftverlust

Seit wann haben Sie Beschwerden?

.....Tage Wochen Monate Jahre

Wann treten die Beschwerden auf?

- Ruhe Konstant Bewegungsabhängig nur bei bestimmten Bewegungen

Was lindert ihre Beschwerden/Schmerzen?

- Bewegung Ruhe Wärme Kälte

Wie stark schätzen Sie Ihren Schmerz in den letzten 24h ein?

(0 = keine Schmerzen 10 = stärkster Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen in Ihrem Alltag eingeschränkt?

(0 = garnicht 10 = absolut)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Sturz?

- Nein Ja

Sind sie aktuell Schwanger?

- Nein Ja

Hatten Sie schon Unfälle und/oder Operationen?

Wann & Wo?.....

- Nein Ja

Besteht/ Bestand ein Tumorleiden?

Welche Art?.....

- Nein Ja

Nehmen Sie aktuell Medikamente?

Welche?.....

- Nein Ja

Bisherige ärztliche/ physiotherapeutische Behandlung?

Welche?.....

- Nein Ja

Diagnosen den Rücken betreffend (von einem Arzt festgestellt):

- Arthrose Skoliose Rheuma
- Spinalkanalstenose Osteoporose
- Wirbelsäulen Operation Bandscheibenvorfall

Andere:.....

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)
- Lungenerkrankungen (z.B. chronische Bronchitis, Asthma)
- Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Magengeschwür, Sodbrennen, Leberfunktionsstörungen)
- Nierenerkrankungen (z.B. chronische Funktionsstörungen, Dialyse)
- Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Migräne, Epilepsie, Morbus Parkinson, Schlaganfall)
- Erkrankungen des blutbildenden Systems (z.B. Leukämie, Morbus Hodgkin)
- Empfindungsstörungen (z.B. Polyneuropathie, Fibromyalgie)
- Hörsturz, Gleichgewichtsausfall, Tinnitus
- Psychische Erkrankungen (z.B. Burn out, Depressionen)

Andere:.....

Andere Auffälligkeiten:

- Schwindel
- Kopfschmerz
- Ohnmacht
- Übelkeit/Erbrechen
- Verdauungsprobleme (Durchfall/ Verstopfung)
- Sehstörungen/ Verschlechterung
- Probleme Urin/Stuhl zu halten
- Schluckbeschwerden
- Ungewollter Gewichtsverlust/ Nachtschweiß

- Ist ihr Schlaf beeinträchtigt? Nein Ja
- Fühlen Sie sich durch ihr privates Umfeld belastet? Nein Ja
- Glauben Sie Ihre Beschwerden können sich verbessern? Nein Ja

Bitte ankreuzen: (0 = trifft nicht zu ➔ 6 = trifft vollkommen zu)

Aussage	Wertung						
Mein Schmerz wurde durch körperliche Betätigung verursacht.	0	1	2	3	4	5	6
Körperliche Betätigung verschlimmert meinen Schmerz.	0	1	2	3	4	5	6
Körperliche Betätigung könnte meinem Rücken schaden.	0	1	2	3	4	5	6
Ich <u>sollte</u> keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	0	1	2	3	4	5	6
Ich <u>kann</u> keine körperlichen Tätigkeiten verrichten, die meinen Schmerz verstärken (könnten).	0	1	2	3	4	5	6

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Sie haben einen wichtigen ersten Schritt für Ihre erfolgreiche Therapie geleistet!**