

Name:

Vorname:

Datum:

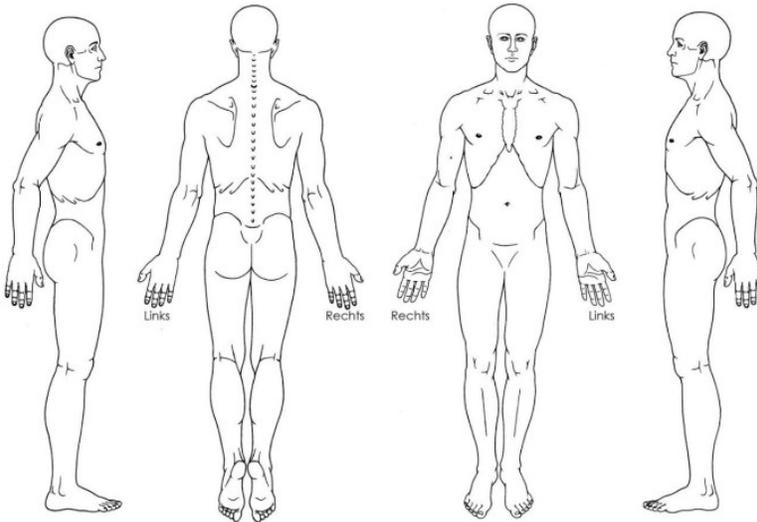


**1. Wo befindet sich das heutige Hauptproblem?**

**Umkreisen** Sie bitte den Körperteil **gROSS**,

**kreuzen** Sie den **Schmerzpunkt** an.

**Wie stark sind die Beschwerden: 0 – 10** (0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste Schmerzen)  
(Schreiben Sie diese Zahl bei der Beschwerdenregion)



Schreiben Sie hier unten  
eventuell weitere  
Beschwerden/Probleme?

...

Die weiteren Fragen treffen nur auf das **Hauptproblem** zu!

**2. Seit wann haben Sie diese Schmerzen/Funktionseinschränkungen?**

< 7 Tage

2 Wochen

1 Monat

> 3 Monate

**3. Welche der folgenden Beschreibungen trifft am meisten zu:**

(nur 1 Möglichkeit)

<input type="checkbox"/>	Nach bestimmten Positionen, Startschmerzen, Morgendliche Steifheit, Besserung während Nichtbelastung, Verschlechterung während Belastung
<input type="checkbox"/>	Permanente Sensibilität, Schmerzen während Belastung
<input type="checkbox"/>	Ausstrahlung im Bein oder Arm, Kraftverlust, Sensibilitätsstörungen
<input type="checkbox"/>	Ausstrahlender Schmerz während Bewegungen, Widerstand bei Dehnung, Schmerzfrei während Entspannung (in bestimmten Stellungen)
<input type="checkbox"/>	Schwerfällig, Erschöpfung in der Beschwerdereion, fühlt sich angeschwollen an, blaurot, warm, Positionsabhängig, Krampfadern
<input type="checkbox"/>	Krampfartige Schmerzen, Farbverlust, Schlechter während Kreislaufbelastung, Positionsabhängig, manchmal tiefe Ausstrahlungen, pochende Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Undefinierbare körperliche Symptome, schwierige Lokalisierung



#### 4. Was lindert ihre Beschwerden/Funktionseinschränkungen?

#### 5. Was verstärkt ihre Beschwerden/Funktionseinschränkungen?

#### 6. Haben sich die Schmerzen/Funktionseinschränkungen seit Beginn / im Laufe der Zeit verändert?

- Nein
- Ja, ... (bitte beschreiben)

#### 7. Wer hat Sie bisher zu oben genannten Problemen behandelt?

- Hausarzt, Facharzt, Spital (Wer? Wo?): ...
- Physiotherapie  mit Übungstherapie (aktiv)  
 mit manueller Therapie (passiv)
- Andere Therapiemethoden: ...

#### 8. Nehmen Sie Medikamenten?

- Schmerzmittel  Kortison  Insuline  Blutdruck
- Herzrhythmus  Blutverdünner  Wasserlösend  Cholesterin
- Anti-Depressiva  .....

#### 9. Safety-Fragen?!

- Kopfschmerzen, wann: ...  
 Brille/Linsen  Zahnprobleme / Knirschen/Klemmen
- Schwindel, wann: ...
- Osteopenie/Osteoporose
- Atemproblemen, wann: ...
- Ausstrahlende Schmerzen im Bein oder Arm  Kraftsverlust