

Name:

Vorname:

Datum:

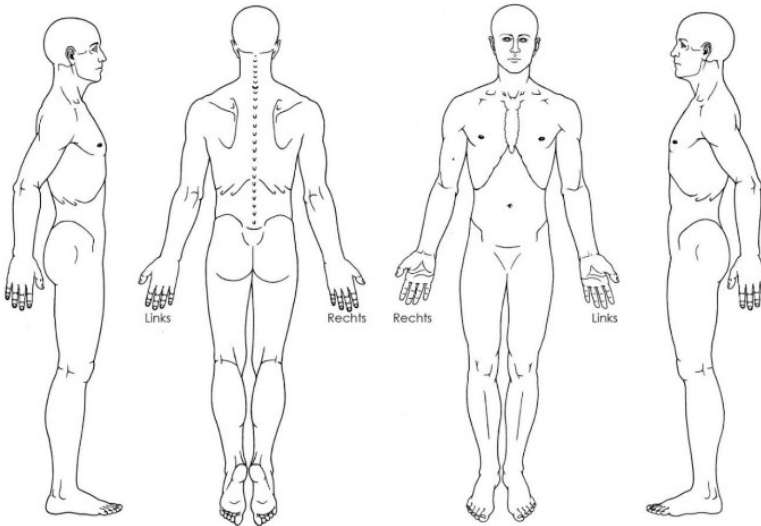


1. Wo befindet sich das heutige Hauptproblem?

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