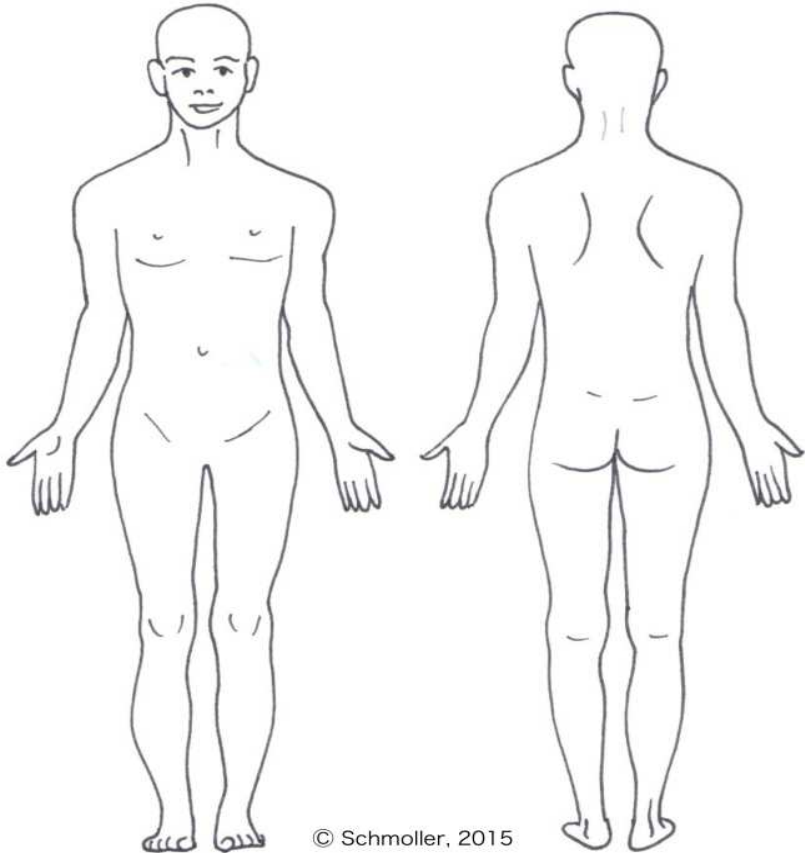


## Sehr geehrte Patienten,

füllen Sie bitte vor der ersten Therapieeinheit diesen Fragebogen aus. Er gewährleistet eine genauere physiotherapeutische Untersuchung und eine sichere Behandlung, sowie einen guten „Vorher-Nachher“-Vergleich.  
Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Was ist Ihr **Hauptproblem**?

Zeichnen Sie ihre Beschwerden ein:



Leiden Sie unter:  Kribbeln  Taubheitsgefühl  Lähmung  Spastik ?

## Allgemeines Wohlbefinden



schlecht

10



super

1

5

## Schmerz



nicht aushaltbar

10



kein

0

5

Seit **wann** haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

Liegt Ihren Beschwerden eine **Verletzung** zugrunde?  Ja  Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter **Nachtschmerz** ?  Ja  Nein

Sind ihre Schmerzen unabhängig von **Haltung** und **Bewegung**?  Ja  Nein

Nehmen Sie akut **Schmerzmittel** oder **Kortison**?  Ja  Nein

Leiden Sie unter **folgenden** Erkrankungen

Osteoporose  Diabetes  Krebs  Herzerkrankg.  neurolog. Erkrankr.

Blutgerinnungsstörungen  Organstörungen  große Operationen

\_\_\_\_\_

Erster Behandlungstermin: \_\_\_\_\_

Therapeut/In: \_\_\_\_\_