
ANNA HOLZ
AUF DER HEIDE

Anmeldung

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon:

Mobil: Email:

Versicherung:

Hausarzt:

Geburtsdatum:

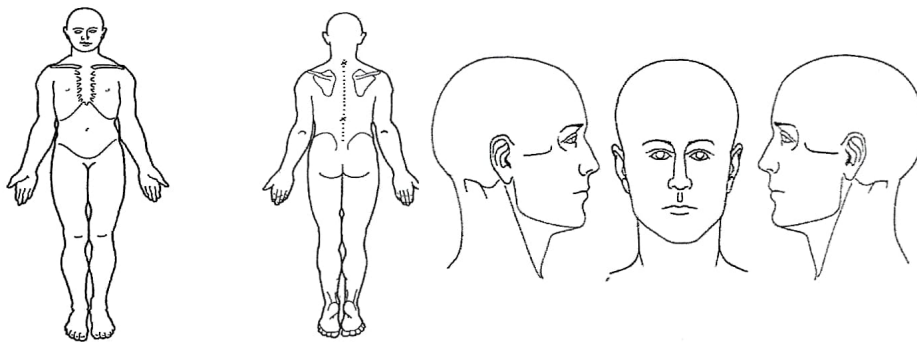
Beruf: Sport/Hobby:

Eine Terminabsage muss mindestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht abgesagte Termine muss ich Ihnen privat in Rechnung stellen.

Datum, Ort: Unterschrift:

ANNA HOLZ AUF DER HEIDE

1. Was ist Ihr Problem?



2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

3. Haben Sie Schmerzen?

4. Ist Ihre Beweglichkeit verändert/ eingeschränkt?

5. Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln, Taubheit)?

6. Haben Sie einen Kraftverlust?

7. Schränken Ihre Beschwerden Ihren Alltag ein?

8. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

9. Gab es einen Auslöser (Sturz, Unfall, o.Ä.)?

10. Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe, Sitzen, Stehen, Liegen, o.Ä.)?

ANNA HOLZ
AUF DER HEIDE

11. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

12. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (Kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13. Haben Sie Ihre Schmerzen: permanent oder mit Unterbrechungen? (Bitte einkreisen)

14. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

15. Sind Sie schwanger?

16. Haben Sie Kopfschmerzen?

17. Leiden Sie an Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Schluckstörungen?

18. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose?

19. Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?

20. Haben Sie weitere Erkrankungen? (Z.B. Bluthochdruck, Fieber, etc.)

21. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

22. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

23. Haben Sie nachts Schmerzen?

ANNA HOLZ
AUF DER HEIDE

24. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

25. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen?

26. Hatten Sie schon Operationen oder Unfälle?

27. Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen?
(Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)

28. Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bereits durchgeführt? (Röntgen, MRT, CT, Spritze, Physiotherapie, etc.)

29. Was sind Ihre Ziele und Erwartungen an die Therapie?