

Liebe Patient:innen,

um Ihr aktuelles Problem und Ihre Beschwerden besser zu verstehen,
bitte ich Sie darum diesen Bogen möglichst nach bestem Wissen auszufüllen.

Manchmal hilft er auch dabei, einem selbst Muster aufzuzeigen die
einem gar nicht so bewusst waren.

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____



Beschreibung der aktuellen Beschwerden.

Haben Sie Schmerzen?

Wenn ja, wo? _____

Wenn ja, wie sind die Schmerzen? ☐ Stechend ☐ ziehend ☐ drückend
☐ Brennend ☐ reißen ☐ schneiden
☐ bohrend ☐ pochend

Schmerzskala 0 (keine Schmerzen) – 10 (Sie könnten nur noch schreien) _____

Seit wann haben Sie denn Schmerz? _____

Ist der Schmerz bekannt? _____

Wie sind die Beschwerden standen? ☐ Unfall ☐ Sturz

Haben Sie Bewegungseinschränkungen? ☐ Strecken ☐ Beugen ☐ Anheben
☐ Absenken ☐ Drehen ☐ Neigen
☐ Rotieren

Sensibilitätsstörungen? ☐ Missempfindungen ☐ Kribbeln ☐ Ameisenlaufen
☐ Taubheit

Kraftminderung?

Wenn ja, wo? _____

Lassen sich die Beschwerden (positiv wie negativ) beeinflussen?

☐ Wärme Kälte ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Schmerzmittel
☐ Stress ☐ Bandage

Was haben Sie bisher dagegen getan?

☐ Physiotherapie ☐ Übungen ☐ allg. Sport ☐ Youtube
☐ Spritzen ☐ Medikamente ☐ Verband ☐ Tape ☐ Bandage

Wo kommen Ihrer Meinung nach die Beschwerden her? _____

Was möchten Sie gerne erreichen? _____