

Vor- und Nachname: _____ Datum: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? Benötigen Sie Hilfsmittel?

Welches Ziel möchten Sie durch die gemeinsame Therapie erreichen? Woran werden Sie im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Bewegung, Kälte, Wärme, Medikamente, etc.)

Wodurch werden Ihre Beschwerden verstärkt? (z.B. bestimmte Bewegung, Wärme, Kälte, Medikation, Stress, etc.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und haben diese geholfen?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

	Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit
Schmerzmittel			
Blutdruckmittel			
Blutverdünner			
Herz			
Lunge			
Sonstiges			

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? (z.B. Osteoporose, Diabetes mellitus, Allergien, etc.)

Welche?	Seit wann?

Haben Sie oder hatten Sie schonmal eine schwere Erkrankung und/oder wurden operiert? (z.B. Sectio, Blinddarm, Arthroskopie, etc.)

Welche?	Wann?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Es folgt: Erstbefund inkl. Aufnahmegespräch