

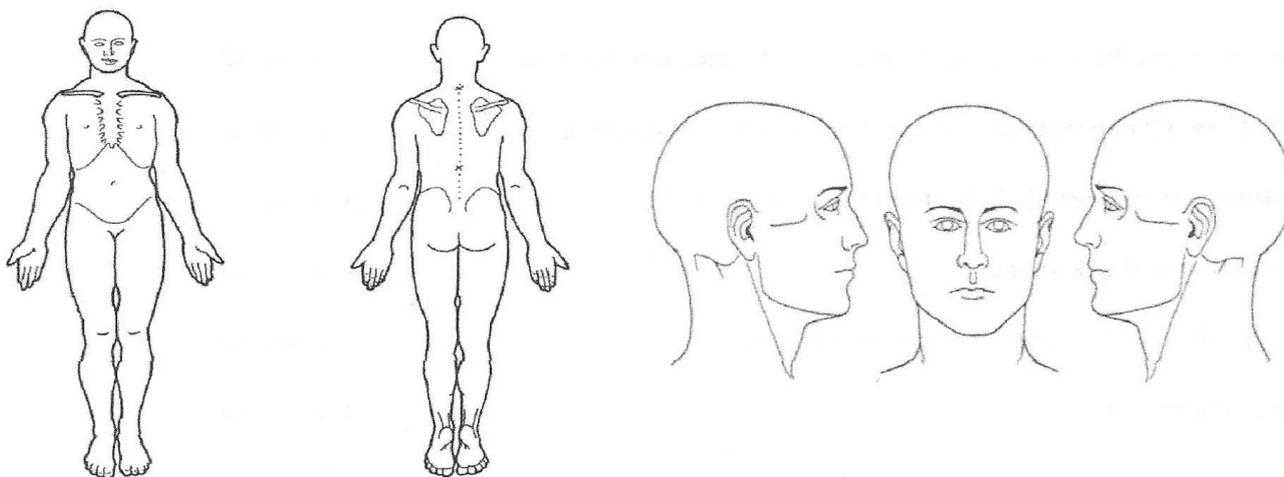
Sehr geehrte Damen, sehr geehrter Herren,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Telefon privat:		Telefon geschäftlich:	
Mobil:		Email:	
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe			
Alter:	Beruf:	Sport/Hobby:	Hausarzt:

1.) Wo haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja nein

6.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja nein

7.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? _____

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? _____

... bitte wenden

11.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

12.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend/**besser** werdend/**verschlechternd**

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): Husten/Niesen/Pressen/Schlucken? ja nein

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja nein

18.) Sind Sie **schwanger**? ja nein

19.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein

20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? ja nein

21.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? ja nein

22.) Haben **Sie Probleme mit den inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? ja nein

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)? ja nein

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja nein

25.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? ja nein

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

Wenn ja, was und wann? _____

30.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage Physiotherapie /

Anderes: _____

31.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja nein

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja nein

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

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?

... weiter auf Seite 3

Zusätzliche Informationen:

35.) Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

(Wenn ja, bitte angeben). _____

36.) Wie ist Ihre Ernährung?

vegetarisch vegan Fleisch/Fisch: 1 2 3 4 5 6 7x in der Woche

37.) Wie viel Wasser trinken sie am Tag?

0,5 1 l 2-3 l mehr als 3 l

38.) Wie viele Stunden Schlaf bekommen Sie in der Nacht?

bis 4h 7-8 h mehr als 8 h

39.) Wie oft wachen Sie in der Nacht auf?

1-2x mehr als 3x

40.) Trinken Sie Kaffee oder schwarzen Tee?

ja nein

41.) Rauchen Sie

ja. nein (Wenn ja wie viele Täglich? _____)

42.) Haben Sie viel Stress? (persönlich, familiär, beruflich) ja nein

43.) Leiden Sie an einer Depression? ja nein

44.) **Gibt es weitere Informationen, die für die Therapie wichtig sein könnten?** ja nein

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben genannten Informationen zu meiner Therapie verwendet werden.

ja nein

Unterschrift des Patienten: _____

Datum:

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung. Diese Informationen helfen uns, Ihre Bobath-Therapie bestmöglich zu gestalten und auf Ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen.