

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser **bis 24 Stunden vor Terminbeginn** in der Praxis abgesagt werden (per Telefon, Anrufbeantworter, Email oder Kontaktformular auf [www.fitproquo.de](http://www.fitproquo.de)). Bei nicht rechtzeitiger Absage müssen wir Ihnen unabhängig vom Grund gemäß § 615 BGB den Termin als Ausfallgebühr in Rechnung stellen. Die Ausfallgebühr beträgt – je nach Termindauer – 30 € bis 70 €. Nach dem Bezahlen der Ausfallgebühr kann ein Ersatztermin vereinbart werden.

*Hinweis für gesetzlich Versicherte: Der Gesetzgeber verpflichtet alle gesetzlich Versicherten zu einer Zuzahlung bei einer Inanspruchnahme von Heilmitteln (§ 61 SGB V). Diese setzt sich folgendermaßen zusammen: 10 € je Verordnung + 10 % der Kosten der Behandlung.*

Die Zuzahlung ist zu Beginn der Behandlung fällig und wird in der Praxis verrichtet.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und bestätigen die Kenntnisnahme unserer Ausfallgebührenregelung.**

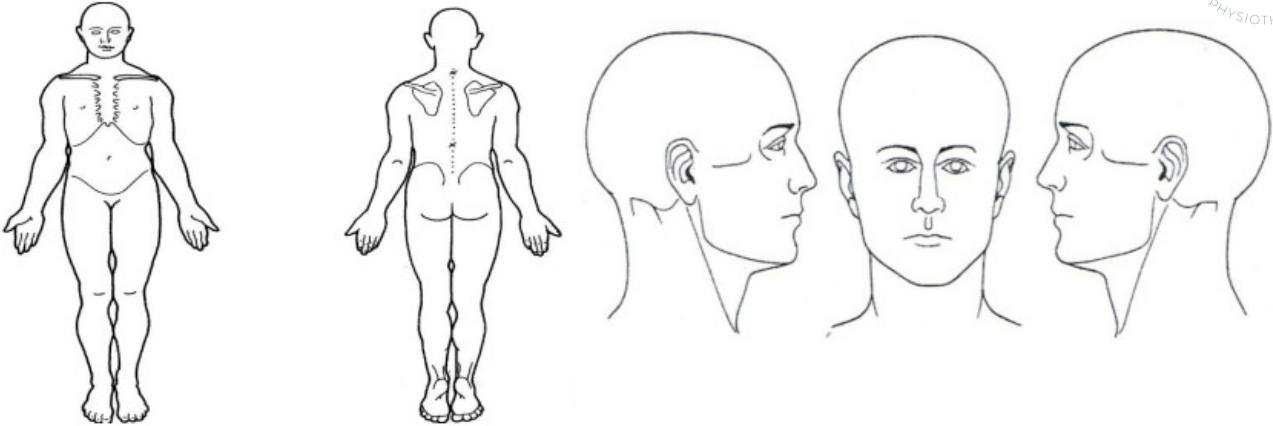
Außerdem willigen Sie ein, dass Ihre Daten ggf. an den überweisenden Arzt, praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Um Ihre Behandlung so effektiv wie möglich gestalten zu können, bitten wir Sie, sich ein wenig Zeit zu nehmen. Bitte beantworten Sie uns im Folgenden ein paar Fragen über Ihre aktuellen Beschwerden und Ihre Gesundheit.



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



- 2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein
- 3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein
- 4.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, o. ä.)? ja  nein
- 5.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein
- 6.) Was sind ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? \_\_\_\_\_
- 7.) **Seit wann** haben Sie Ihre Beschwerden schon? \_\_\_\_\_
- 8.) Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent**  **mit Unterbrechungen**
- 9.) Was **lindert** (bitte einkreisen) bzw. was **verstärkt** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?  
Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken  
Beugen Stehen Gehen Laufen Heben Tragen Überkopfarbeit Hand  
auf den Rücken nehmen Greifen Arbeit Hobby Sport  
**Tageszeit:** \_\_\_\_\_
- 10.) **Wie stark** sind Ihre Schmerzen aktuell (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?  
Kein Schmerz 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Maximaler Schmerz
- 11.) Sind Ihre Beschwerden: **besser werdend**  **gleich bleibend**   
**stärker werdend**  ?
- 12.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja  nein   
Falls ja, welchen? \_\_\_\_\_
- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? *Zutreffendes bitte einkreisen.* ja  nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder **andere Erkrankungen**? \_\_\_\_\_ ja  nein

**– BITTE WENDEN –**

- 15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (z. B. Kortison, Gerinnungshemmer, Betablocker, etc.) \_\_\_\_\_ ja  nein
- 16.) Haben Sie **Kopfschmerzen, Ruhe-** und/oder **Nachtschmerz**? ja  nein
- 17.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja  nein   
*Falls ja – wann und wo?* \_\_\_\_\_
- 18.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja  nein
- 19.) Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen? ja  nein
- 20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? ja  nein   
*Falls ja – welche?* \_\_\_\_\_
- 21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**? *Zutreffendes bitte einkreisen.* ja  nein   
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, Neigung zu Blutergüssen, Kurzatmigkeit, Krämpfe, vermehrtes nächtliches Wasserlassen, etc.?
- 22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine Schmerzen zeitweise **ausgestrahlt**. ja  nein
- 23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen** Schmerzen. ja  nein
- 24.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen **nur kurze Strecken** gegangen. ja  nein
- 25.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wg. der Schmerzen **langsamer als üblich** angezogen. ja  nein
- 26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein. ja  nein
- 27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig Sorgen. ja  nein
- 28.) Ich fühle, dass ich schreckliche Schmerzen habe und dass sie nicht besser werden. ja  nein
- 29.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja  nein
- 30.) **Wie störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen? *Zutreffendes bitte ankreuzen.*  
überhaupt nicht  wenig  mäßig  stark  äußerst stark
- 31.) Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf? *Zutreffendes bitte ankreuzen.*  
Brennen  Gefühl einer schmerzhaften Kälte  Elektrische Schläge
- 32.) Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf? *Zutreffendes bitte ankreuzen.*  
Kribbeln  Pieksen  Taubheitsgefühl  Juckreiz
- 33.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?  
*Zutreffendes bitte ankreuzen.*  
Röntgen  CT  MRT  Injektionen  Physiotherapie  Training   
Anderes: \_\_\_\_\_
- 34.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele an die Therapie?  
\_\_\_\_\_

*Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!*