

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(bitte deutlich in Druckschrift)

w  m  d  Alter: \_\_\_\_\_

Sind Sie krankgeschrieben? nein  ja  seit \_\_\_\_\_

1) Welche Diagnostik wurde bisher durchgeführt und wann? (Datum)

CT  am: \_\_\_\_\_ MRT  am: \_\_\_\_\_ Sono  am: \_\_\_\_\_  
Rö.  am: \_\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_

2) Welche Therapiemaßnahmen wurden auf Grund Ihrer aktuellen Beschwerden bisher durchgeführt?

Spritzen  Akupunktur  Osteopathie  Physiotherapie  andere \_\_\_\_\_

Erfolgen zeitgleich weitere Therapien? nein  ja  Wann? Welche?: \_\_\_\_\_

5) Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Schlaganfall  Herzinfarkt  Diabetes  Rheuma  Bluthochdruck  
 Osteoporose  COPD  HIV  Krebserkrankung: \_\_\_\_\_  
 Schilddrüse:  Unterfunkt.  Überfunkt.  Niereninsuffizienz  Covid-19 (Corona Virus)  
Andere: \_\_\_\_\_

6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein   
ja  gegen: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ggf. Medikamentenliste mitbringen

8) Hatten Sie bisher Unfälle? nein  ja  am: \_\_\_\_\_  
Operationen? nein  ja  am: \_\_\_\_\_

Welches Körperteil: \_\_\_\_\_

9) Haben Sie Narben? nein  ja  wo: \_\_\_\_\_

10) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

nein  ja  wo: \_\_\_\_\_

11) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

nein  ja  wie viel? \_\_\_\_\_

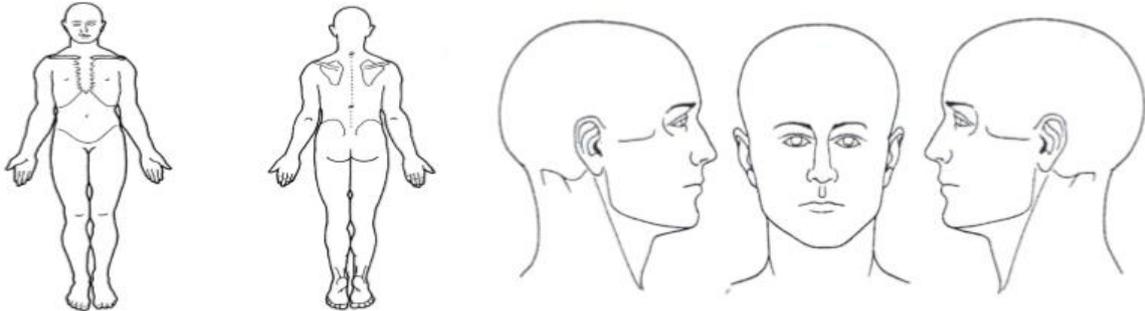
12) Hatten Sie in den letzten Wochen Fieber und / oder nächtliches extremes Schwitzen?

nein  ja

13) Leiden Sie unter schmerzbedingten Schlafstörungen?

nein  ja

14) Wo haben Sie Ihre Probleme/ Schmerzen? (bitte einzeichnen und beschreiben)



---

16) Wie stark sind aktuell Ihre Schmerzen?

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

18) Welche Alltagseinschränkungen stören Sie am meisten und welche Aktivität/-en können Sie nicht mehr oder nur verändert ausführen?

---

20) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele an die Therapie? Was möchten Sie erreichen?

---

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der Schweigepflicht gem. §203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

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

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