

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

**Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?
Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?**

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

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

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen etc.)

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

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls/der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Persönliche Daten

Überweisender Arzt:

Arbeitsunfähig seit:

Diagnose:

Hilfsmittelversorgung:

Verordnung:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Freizeitaktivitäten:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie häufig und wieviel?