

FRAGEBOGEN

Datum:

Um Sie optimal zu behandeln benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erteilen Sie uns die Einwilligung Ihrer Daten zum Zweck der Behandlung zu nutzen.

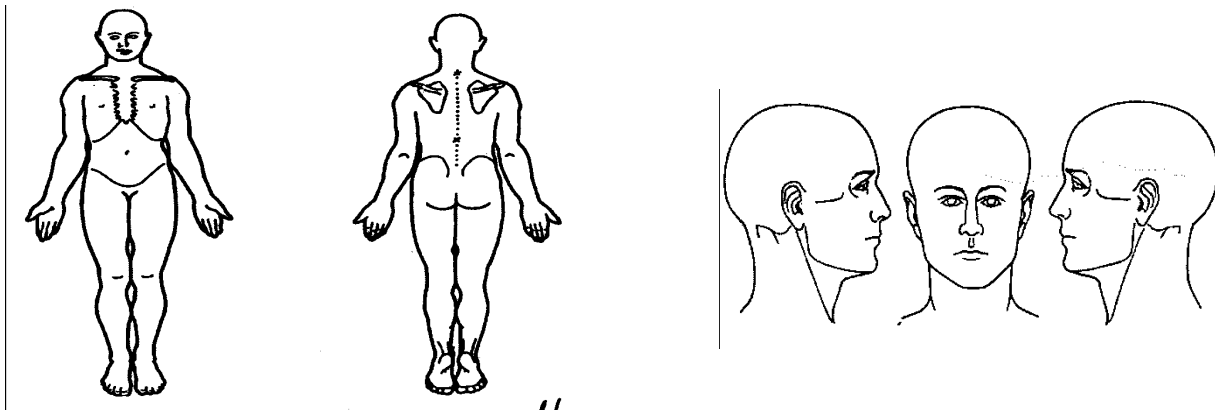
Name: _____ Vorname: _____

Alter: _____ Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

Weitere relevante Erkrankungen: _____

Wichtige Medikamente: _____

Wo haben Sie Schmerzen/Probleme (bitte einzeichnen):



Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

Ist Ihre Sensibilität verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln):
ja nein

Ist Ihre Kraft verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung) ja nein

Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

Wie lange haben Sie schon Ihre Beschwerden? (Tage, Wochen, Monate) _____

Sind Ihre Beschwerden **permanent** oder mit **Unterbrechung**? (bitte einkreisen)

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall etc.) ja nein

Was **verbessert (bitte einkreisen)** bzw. was **verschlechtert (bitte unterstreichen)** Ihre Beschwerden?
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen,
Überkopfarbeit, Arbeit, Hobby, Sport, Morgens, Mittags, Abends, Nachts

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell (1-10): _____ und maximal (1-10) _____

RF:

1. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen) gleich / besser werdend / verschlechternd	
2. Leiden Sie unter Gang-, Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden oder Doppelbildern?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Sind Sie Asthmatiker, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie jemals eine Tumor oder Krebserkrankung?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6. Haben sie Kopfschmerzen oder nachts Schmerzen?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber nächtliches extremes Schwitzen?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
10. Haben Sie sonstige Beschwerden: Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifigkeit, leichte Ergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe etc.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

RF: ja nein

CS-STarT-G

1. Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine Schmerzen zeitweise ausgestrahlt.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise an anderen Stellen Schmerzen.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten beiden Wochen nur kurze Strecken gegangen.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Während der letzten beiden Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen langsamer als üblich angezogen.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

5. Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich nicht ratsam körperlich aktiv zu werden.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6. Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig Sorgen.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Ich fühle, dass ich schreckliche Schmerzen habe und dass sie nicht besser werden.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Im Allgemeinen hatte ich keine Freude an den Dingen, die ich sonst gerne mache.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Insgesamt wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen? Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> äußerst stark <input type="checkbox"/>	

geringes Risiko mittleres Risiko hohes Risiko

NS-DN4

1. Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf (bitte einkreisen)? Brennen: ja / nein Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja / nein Elektrische Schläge: ja / nein	
2. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf? Kribbeln: ja / nein „Ameisenlaufen“: ja / nein Taubheitsgefühl: ja / nein Juckreiz: ja / nein	
3. Haben Sie eine verminderte Empfindlichkeit auf Berührung: ja /nein oder auf Nadelstiche ja / nein	
4. Werden die Schmerzen ausgelöst oder verschlimmert durch Bestreichen/Berühren? Ja /nein	

NS: ja nein