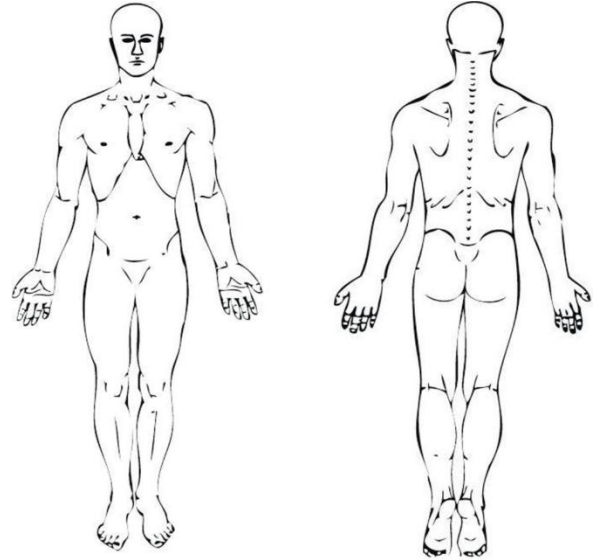




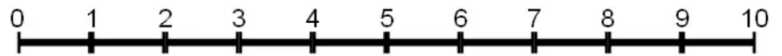
Therapiewerk München

Hauptproblem:

Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:



Bitte geben Sie auf der nebenstehenden Skala Ihre maximale Schmerzstärke



JA	NEIN	
		Seit wann haben sie die Beschwerden:
		Liegt ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde ? kurze Beschreibung:
		Haben sie permanent Schmerzen ? (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)
		Haben sie Schmerzen in Ruhe ?
		Haben sie Schmerzen in der Nacht ?
		Sind ihre Schmerzen abhängig von Bewegung und/oder Haltung?
		Gibt es eine Bewegung, die Sie nicht mehr ausführen können? Welche:

Allgemeiner Gesundheitszustand:

JA	NEIN	
		Alter: Größe: Gewicht:
		Haben sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren ?
		Leiden sie unter nächtlichem Schwitzen ?
		Leiden sie unter Kopfschmerzen ?
		Haben sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen sie manchmal ?
		Sind sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb:

(Vor-) Erkrankungen:

JA	NEIN	
		Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?
		Sind bei ihnen folgende Erkrankungen bekannt: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Störung der Schilddrüse <input type="checkbox"/> Atemerkankungen <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Organstörungen <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
		Nehmen sie Medikamente ?
		Hatten sie bereits Traumen oder Operationen?
		Welche regelmäßigen Tätigkeiten (Hobbies) üben sie aus ?

Gibt es sonst noch etwas, was sie uns im Zusammenhang mit ihren Beschwerden mitteilen möchten?
