

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

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir Informationen zu Ihrem Beschwerdebild. Dieser Fragebogen dient **als Ergänzung** zur späteren Befragung und Untersuchung durch den Therapeuten.

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? \_\_\_\_\_

2. Wenn Sie Schmerzen haben kreisen Sie bitte ein, seit wann Sie die Schmerzen haben.

**0-1 Woche    1-2 Wochen    3-4 Wochen    4-5 Wochen    6-8 Wochen**

**9-11 Wochen    3-6 Monaten    6-9 Monaten    9-12 Monaten    über 1 Jahr**

3. Wie stark würden Sie Ihre Schmerzen in der letzten Woche bewerten (bitte einkreisen)?

**0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10**

**(0= kein Schmerz; 10= stärkster Schmerz, der möglich ist)**

4. **„Ich kann in der Nacht schlafen“**. Bitte kreisen Sie eine Antwort ein, die dazu passt.

- „nie, wegen der Schmerzen“

- „selten, wegen der Schmerzen“

- „meistens, trotz der Schmerzen“

- „immer, da Schmerzen kein Problem darstellen“

5. **„Ich kann leichte Arbeit für eine Stunde durchführen“**. Bitte kreisen sie eine Antwort ein.

- „unmöglich, wegen der Schmerzen“

- „selten, wegen der Schmerzen“

- „meistens, trotz der Schmerzen“

- „immer, da Schmerzen kein Problem darstellen“

**Im Alltag müssen Sie verschiedene Aktivitäten durchführen, wie z.B. Bücken, Heben, Treppensteigen, Gehen oder Autofahren. Bewerten Sie bitte von 0-10 die folgenden Aussagen 6 und 7, die solche Aktivitäten betreffen.**

6. **„Eine Steigerung meiner Schmerzen ist ein Anzeichen dafür, dass ich eine Aktivität unterbrechen sollte, bis der Schmerz wieder weniger wird“ (bitte einkreisen)**

**0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10**

**(0= keine Zustimmung; 10= vollste Zustimmung)**

7. „Mit meinen derzeitigen Schmerzen sollte ich meine alltäglichen Aktivitäten nicht nachgehen.“ (bitte einkreisen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0= keine Zustimmung; 10= vollste Zustimmung)

8. Besteht aus Ihrer Sicht ein Risiko, dass Ihre derzeitigen Schmerzen sich zu einem längerfristigen Problem entwickeln? (bitte einkreisen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0= kein Risiko; 10= sehr hohes Risiko)

9. Bitte bewerten Sie die Chance, dass Sie in den nächsten 3 Monaten wieder Ihre alltäglichen Belastungen bewältigen können. (bitte einkreisen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0= keine Chance; 10= sehr hohe Chance)

10. Gibt es einen Auslöser für die Schmerzen/Beschwerden (Unfall, Sturz, Operation....)?

---

11. Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?**

12. Leiden Sie unter (bitte einkreisen): **Schwindel – Übelkeit – Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen....anderes?** \_\_\_\_\_

13. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen (bitte einkreisen)? **Diabetes – Rheuma – Osteoporose....andere?** \_\_\_\_\_

14. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? **nein/ja**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

15. Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung? **nein/ja**

16. Haben Sie in den letzten Wochen einen unerwarteten Gewichtsverlust? **nein/ja**

17. Schwitzen Sie nachts in letzter Zeit außergewöhnlich stark? **nein/ja**

18. Welche Maßnahmen zur **Diagnostik/Therapie** der Hauptbeschwerden wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)? **Röntgen – Computertomographie (CT) – Spritzen – Massage – Kernspintomographie (MRT) – Physiotherapie – Operationen (z.B. Gelenksprothesen...)?**

**Andere:** \_\_\_\_\_

---

Danke für Ihre Mitarbeit!