



Wir möchten mit diesem Fragebogen eine effektivere Therapie ermöglichen und mit Ihrer Hilfe mehr Zeit und Orientierung für Ihre Therapie gewinnen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder und Alter \_\_\_\_\_

---

## Jetzige Beschwerden und Schmerzsymptomatik

---

Schilderung der Beschwerden/Schmerzen, die zum Arztbesuch geführt haben \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_  
Was war Ihrer Meinung nach der Auslöser? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wann treten die Schmerzen auf?
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morgens            | <input type="checkbox"/> Permanent      | <input type="checkbox"/> Besser werdend     |
| <input type="checkbox"/> Im Laufe des Tages | <input type="checkbox"/> Wetterabhängig | <input type="checkbox"/> Schlechter werdend |
| <input type="checkbox"/> Am Wochenende      | <input type="checkbox"/> In Ruhe        |   |
| <input type="checkbox"/> Abends             | <input type="checkbox"/> In der Nacht   |   |

Schmerzen treten nach folgender Belastung/ Tätigkeit auf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

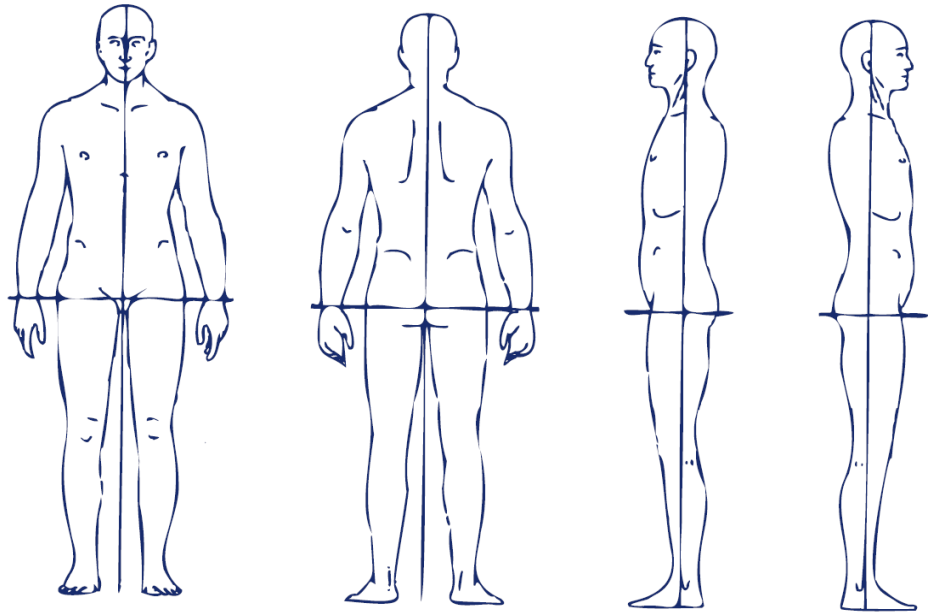
Wie können Sie die Beschwerden beeinflussen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Symptomatik Ihrer Beschwerden

Treffen folgende Symptome auf Ihre Beschwerden zu?

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kribbeln              | <input type="checkbox"/> Spastiken   | <input type="checkbox"/> Dumpf          |
| <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen | <input type="checkbox"/> Stechend    | <input type="checkbox"/> Brennend       |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle      | <input type="checkbox"/> Nadelstiche | <input type="checkbox"/> Ameisen laufen |

Wo spüren Sie Schmerzen?  
Zeichnen Sie die Schmerzherde in die Grafik ein →



Wie stark sind Ihre Schmerzen zurzeit?

- 1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
0 = Keine Schmerzen — 10 = Stärkste Schmerzen

## Berufsausübung und berufliche Vorgeschichte

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Wochenstunden \_\_\_\_\_

Davon \_\_\_\_\_ % sitzend    \_\_\_\_\_ % stehend    \_\_\_\_\_ % in Bewegung

Früher anderer Beruf?     Nein, keinen anderen Beruf ausgeübt     Ja, anderen Beruf ausgeübt

Bei „Ja“: Welchen Beruf? \_\_\_\_\_

Gründe für den Wechsel \_\_\_\_\_

## Welcher Art von Sport oder Freizeitbeschäftigung gehen Sie nach?

Sport/Freizeitbeschäftigung \_\_\_\_\_

Wieviele Wochenstunden? \_\_\_\_\_



## Schlaf

Schlafdauer Stunden/Nacht \_\_\_\_\_

Haben Sie

Schlafstörungen?

Nein  Ja

Warum wachen Sie auf? \_\_\_\_\_

Nachtschweißigkeit

Nein  Ja

Schlafstellung

Rückenlage  Bauch-/Seitenlage  Seitenlage  Bauchlage

Benutzen Sie Kopfkissen?

Nein  Ja

Hochgestelltes Fußteil

Nein  Ja

Hochgestelltes Kopfteil

Nein  Ja

Weitere Hilfsmittel

Nein  Ja

## Krankheitsvorgeschichte

Aktuelle oder  
frühere Erkrankungen

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes    | <input type="checkbox"/> Osteoporose     | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen    |
| <input type="checkbox"/> Krebs       | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Organstörungen  | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS    | <input type="checkbox"/> Drüsenstörungen | <input type="checkbox"/> Sonstige (bitte nennen)    |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen |   |

Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

Schilderung

**früherer** Beschwerden:

(Jahreszahl. Welcher Art?

Wie lange bestanden sie?

Wie wurden sie beseitigt?) \_\_\_\_\_

Haben Sie als  
Kind/Jugendlicher/  
Heranwachsender  
orthopädische Hilfsmittel  
getragen/benutzt?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schuheinlagen           | <input type="checkbox"/> Nachtschiene/n zur Fußkorrektur     |
| <input type="checkbox"/> Korsett                 | <input type="checkbox"/> Spezialschuhe                       |
| <input type="checkbox"/> Spreizhose              | <input type="checkbox"/> Zahnspange                          |
| <input type="checkbox"/> Nein, keine Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfsmittel (bitte nennen) |

Sonstige Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_

Welche dieser Hilfsmittel  
benutzen Sie **momentan**? \_\_\_\_\_



---

## Augen

---

- Benutzen Sie eine Sehhilfe?  Nein  Ja
- Haben Sie Sehstörungen?  Nein  Ja
- Sehen Sie Doppelbilder?  Nein  Ja

---

## Medikamente

---

Nehmen Sie Medikamente?  
Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

---

## Beschwerden

---

- |   |                               |                             |                             |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Übermäßiges Schwitzen       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Morgensteifigkeit   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Ödeme/Gewichtszunahme       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Lichtempfindlichkeit  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Bauch-Herzklopfen (liegend) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Obstipation (Verstopfung)   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Krämpfe beim Laufen         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Diarrhoe (Durchfall)  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Bauchschmerzen              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hämatome (blaue Flecken)  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Veränderungen der Nägel     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gleichgewichtsprobleme  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Dauernde Cortisoneinnahme   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Brustschmerzen in Ruhe  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Oft schlapp und antriebsarm | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Atemnot   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Kraftverlust/Muskelmüde     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Blieb eine konservative Therapie in den letzten 30 Tagen erfolglos? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |                             |                               |                             |

---

## Zähne

---

Liegen Zahnprobleme/  
Zahnfehlstellungen oder  
Kiefergelenksbeschwerden  
bei Ihnen vor?

---

---

---

---

Beißschiene Grund

---



## Von Frauen zu beantworten

---

- Sind Sie schwanger?  Nein  Ja
- Sind Sie in Postmenopause?  Nein  Ja Postmenopause seit (in Jahren)
- Östrogeneinnahme (Hormon)  Nein  Ja
- Menstruation regelmäßig  Nein  Ja