

Name: _____

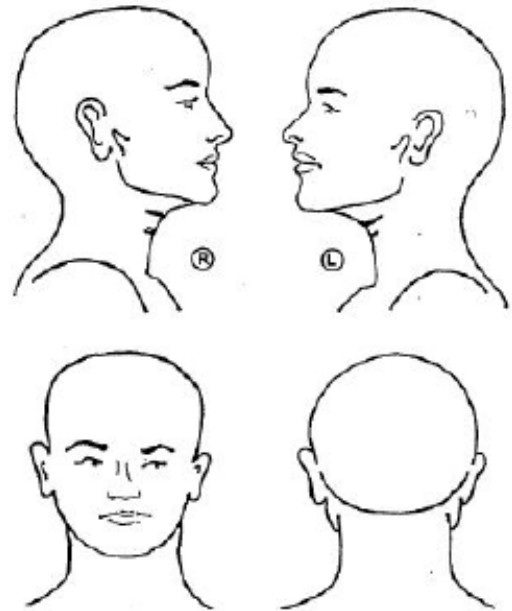
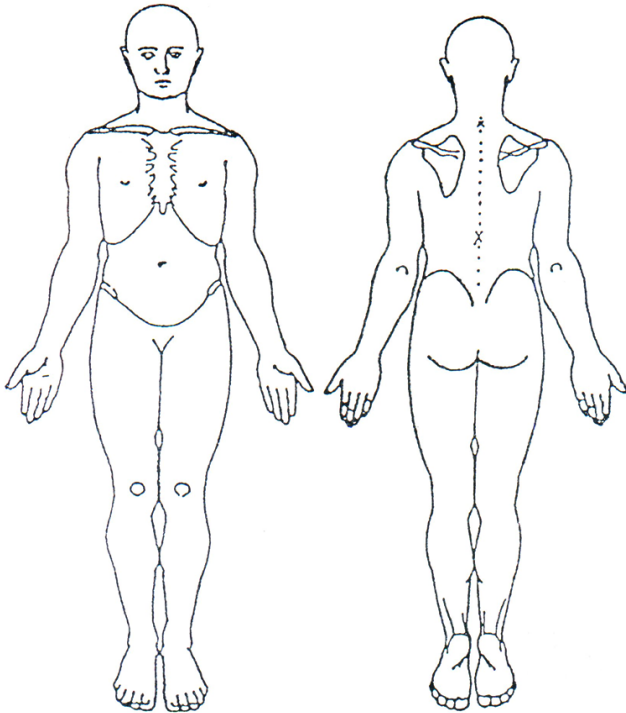
Datum: _____ Diagnose: _____

Hobby: _____

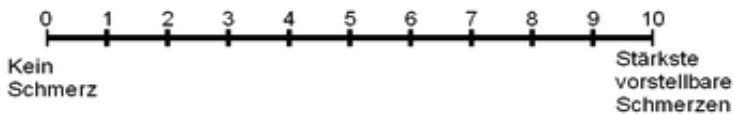
Beruf: _____

Bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihrem Beschwerdebild (Zutreffendes bitte ankreuzen):

1) Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen)



2) Wie stark sind Ihre Schmerzen?



- 3) Sind Ihre Schmerzen: permanent / mit Unterbrechung / tief / oberflächlich?
- 4) Sind Ihre Beschwerden gleichbleibend / besser werdend / schlechter werdend?
- 5) Sind Ihre Beschwerden schlechter am Morgen / Mittag / Abend / in der Nacht?
- 6) Wann waren Sie zuletzt mind. 14 Tage beschwerdefrei? _____
- 7) Haben Sie Schmerzen beim Husten / Niesen / Pressen?
- 8) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? Nein / Ja
- 9) Verspüren Sie Taubheit, Kribbeln oder Watte auf der Haut? Nein / Ja
- 10) Verspüren Sie eine Schwäche in den Beinen oder Armen? Nein / Ja
- 11) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____
- 12) Gab es einen Auslöser (Sturz / Unfall, sonstige Vorgeschichte) für Ihre Beschwerden? _____

- 13) Was verbessert Ihre Beschwerden?: Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Anderes_____
- 14) Was verschlechtert Ihre Beschwerden?: Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Anderes_____
- 15) Nehmen Sie Medikamente? Nein / Ja: Ibuprofen, Kortison, andere:_____
- 16) Sind Sie schwanger? Nein / Ja
- 17) Haben Sie eine regelmäßige Nachtruhe (zw. 22:00 und 07:00 Uhr)? Nein / Ja
- 18) Schlafen Sie in weniger als 30 min ein? Nein / Ja
- 19) Ist Ihr Schlaf erholsam? Nein / Ja
- 20) Ist Ihr Stressniveau aktuell niedrig / mittel / hoch?
- 21) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet Gewicht verloren? Nein / Ja
- 22) Leiden Sie zurzeit an Appetitlosigkeit? Nein / Ja
- 23) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? Nein / Ja, welche_____
- 24) Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen Nein / Ja
- 25) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose, Rheuma?
- 26) Rauchen Sie? Nein / Ja
- 27) Haben Sie Probleme mit den inneren Organen? Nein / Ja, welche_____
- 28) Leiden, oder litten Sie unter Schwindel / Sehstörungen / Ohnmachtsanfällen / Schluckstörungen / Sprachstörungen / Augenzittern / Übelkeit-Erbrechen / neurologische Symptome / Kopfschmerzen / Tinnitus / Essstörung
- 29) Fühlen Sie sich eingeschränkt in: alltäglichen Tätigkeiten / sozialen Kontakten / Freizeitaktivitäten
- 30) Hatten Sie Unfälle oder Operationen? Nein / Ja, welche?

- 31) Welche Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie wurden bisher durchgeführt?
Röntgen, MRT, CT, Spritzen, Physiotherapie / andere_____

Was ist ihr **Therapieziel**?

Bei manchen Beschwerdebildern kann es sinnvoll und/oder notwendig sein, dass der Therapeut zur Linderung der Beschwerden Behandlungstechniken innerhalb des Mundes (intraoral) durchführt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und bin mit einer eventuellen intraoralen Behandlung einverstanden.

Name

Datum / Unterschrift

VIELEN DANK IHR **PLÖCK**PHYSIO-Team!

PLÖCKPHYSIO

Marc Lauer

Plöck 83

69117 Heidelberg

+49 6221-9 85 13 24

info@ploeckphysio.de

www.ploeckphysio.de

IK: 444 823 753

IBAN: DE02 3006 0601 0003 1682 39

BIC: DAAEDEDXXX | apoBank