

Fragebogen

Vorname / Name: _____

Grund Ihres Besuches:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

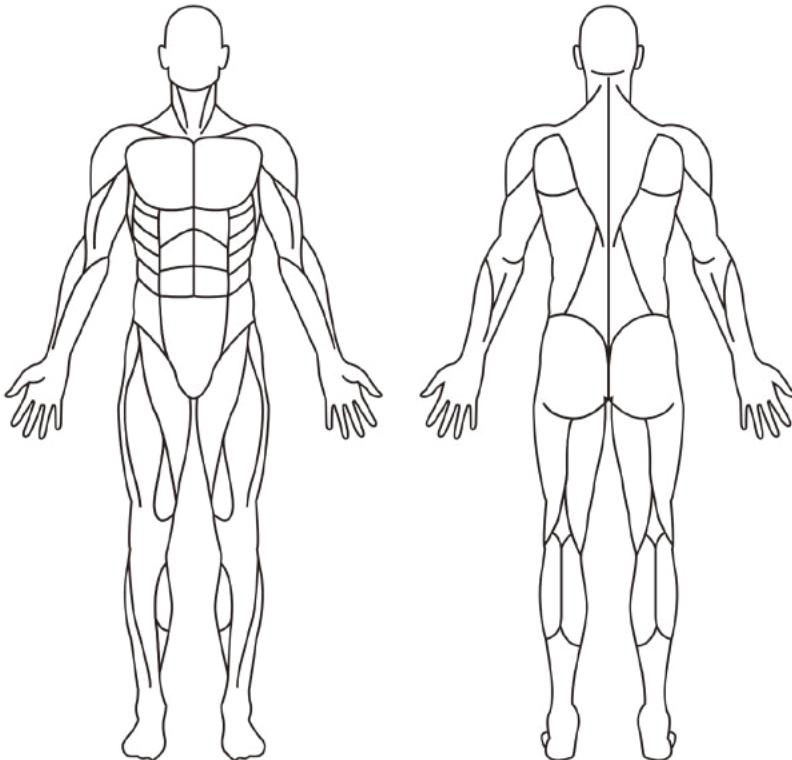
Internet

Freunde/Bekannte

Flyer

Andere: _____

Bitte kennzeichnen Sie Ihre Problemstelle/n:



Was ist das Problem?

Schmerzen

Mobilitätsstörungen

Stabilitätsstörungen

Funktionsstörung
(z.B. Magen, Nierensteine, etc.)

Sensibilitätsstörungen
(Kribbeln, Taubheit, etc.)

Kraftstörungen

Gang-, Gleichgewichtsstörungen

Sonstige Symptome
(z.B. Hirnnervenstörungen, etc.)

Seit wann besteht die Problematik? Gab es einen Auslöser (atraumatisch/traumatisch)?

Was verbessert/verschlechtert das Problem? (Welche Aktivität?, Welche Haltung?, Tageszeit?)

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja und zwar (z.B. Schmerzmittel, Blutverdünner, Antidepressiva etc.):

Wie ist Ihr aktuelles Körperbefinden?



Ich spüre mich nicht

Ich spüre mich voll und ganz

Wie ist Ihr aktuelles Wohlbefinden?



Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen?

Behandlungsverlauf (wird von Therapeutin ausgefüllt):