

Name Patient: _____

Geb. Datum: _____

Diagnose: _____

Belastungsvorgabe: _____
In % oder kg

Beruf: _____

Sport: _____

Hobbies: _____

Nebenerkrankungen / mögliche Kontraindikationen:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aneurysmen | <input type="checkbox"/> BSV | <input type="checkbox"/> Maligne Geschehen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Frakturen | <input type="checkbox"/> Entzündungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Kreislauf | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Herzklappendefekte | <input type="checkbox"/> Gewichtverlust |
| <input type="checkbox"/> Burnout | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Gleitwirbel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Organische Beschwerden bzw. Über- / Unterfunktion

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Dickdarm | <input type="checkbox"/> Prostata |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Milz | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

Medikation: Marcumar: Ja Nein
Antibiotika: Ja Nein
Schmerzmittel: Ja Nein

Weitere Medikamente _____

Operationen
Wann, was, wo...

Akt. Beschwerden: _____

Auslöser: Sturz Unfall Unbekannt Sonstiges: _____

Krankheits-Verlauf:
*Wann begann die Problematik,
wann erste Diagnose etc.*

Bisherige Therapien:
*z.B.: Krankengymnastik, Fach-
arztbesuche etc.*

Verstärkung durch:
z.B.: Wärme/Kälte/Bewegung etc.

Linderung durch:
z.B.: Wärme/Kälte/Ruhe etc.

24h Verlauf:
*z.B.: morgens geringe Schmerzen,
im Laufe des Tages ansteigend,
Nachtschmerz?*



- erwünschte Ziele: Schmerzfrei verbesserter allg. Zustand verbesserte Beweglichkeit
- wieder Arbeiten Ausübung Hobby Ausübung Profisport
- Muskelaufbau Kraftausdauer
- _____

Wo haben Sie Beschwerden? Lokalisieren Sie die betroffenen Stellen (einkreisen/Pfeil):



Front



Rücken

Stärke der Schmerzen akut
(einkreisen, 1 am schwächsten, 10 am stärksten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stärke der Schmerzen chronisch
(einkreisen, 1 am schwächsten, 10 am stärksten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

