

Wegen welchen Haupt-Beschwerden kommen Sie in unserer Praxis?

HWS

BWS

LWS

Wie starke sind diese Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? .....

Strahlen die Schmerzen aus?

In den ARM

links

rechts

In das BEIN

links

rechts

Wie starke sind diese ausstrahlenden Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? .....

Ist Ihre Gehstrecke eingeschränkt?

Ja

nein

Falls ja,

Wie weit können Sie gehen bis Sie aufgrund der Schmerzen eine Pause machen müssen?

Haben Sie sonstige Beschwerden?

SCHULTER

ELLENBOGEN

HANDELENK

HÜFTE

KNIE

SPRUNGELENK

**Betroffene Seite:**
 links

 rechts

Bitte beantworten Sie die **folgenden Fragen** sorgfältig:

	Ja	Nein
Hatten Sie schon eine Wirbelsäulenoperation?		
Hatten Sie in den letzten sechs Wochen einen fieberhaften Infekt?		
Haben Sie eine anhaltende Wundheilungsstörung am Körper?		
Erfolgte eine blutige Zahnbehandlung in den letzten sechs Wochen?		
Erfolgte eine Magen- oder Darmspiegelung in den letzten sechs Wochen?		
Liegt bei Ihnen eine Infektionskrankheit vor (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)?		
Traten bei Ihnen schon einmal vermehrte Blutungen im Rahmen medizinischer Eingriffe auf?		
Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Clopidrogel, Marcumar, Eliquis, Xarello, usw. ) ein?		
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Typ 1 oder Typ 2: .....		
Leiden Sie an Gicht? (Erhöhte Harnsäure)		
Leiden Sie an einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis? Falls ja, folgende:		
Leiden Sie an Fibromyalgie?		
Leiden Sie unter Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren?		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		
Hatten Sie schon mal eine tiefe Beinvenenthrombose?		
Hatten Sie schon mal eine Lungenembolie?		
Hatten Sie schon mal eine Krebserkrankung? Falls ja, folgende: Datum: Therapien:		
Liegt eine Blasenentleerungsstörung vor (Inkontinenz)?		
Liegt eine Darmentleerungsstörung vor?		
Liegen psychische Erkrankungen vor?		
Hatten Sie schon mal einen Schlaganfall?		
Besteht eine sonstige neurologische Erkrankung?		

	Ja	Nein
Liegt eine Niereninsuffizienz vor? Falls ja, folgender Grad: .....		
Liegt eine Leberinsuffizienz vor? Falls ja, folgender Grad: .....		
Bestehen Allergien gegen Medikamente? Falls ja, folgende:		
Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, folgende:		
Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?		

**Falls noch arbeitstätig, welchen Beruf üben Sie aus?**

.....

**Dabei vorwiegend:**

stehend       sitzend

**Welche Therapien wurden zu den aktuellen Beschwerden bereits durchgeführt?**

- KG / Physiotherapie
- Akupunktur
- Osteopathie
- in ambulanter Schmerztherapie
- in stationärer Schmerztherapie
- Facetteninfiltration unter CT- oder Röntgenkontrolle

Schmerzmedikamente

Wenn ja:

**Medikament und Dosis:** .....

**Seit:** .....

**Häufigkeit:** .....

Besteht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit?

Ja  nein

Falls ja, seit: .....

Besteht ein Grad der Behinderung?

Ja  nein

Falls ja, ..... %

Besteht ein Pflegegrad?

Ja  nein

Falls ja, Grad .....

### Datenschutzhinweis / Einwilligungserklärung

Wie in jeder Arztpraxis werden auch bei uns vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir sind uns der damit verbundenen hohen Verantwortung bewusst. Deshalb halten wir uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz.

Mit der Weitergabe/Anforderung meiner Untersuchungs- und Behandlungsdaten an/von meine(n) behandelnden Ärzt(e)n **nach §73 Abs.1b SGB V** erkläre ich mich:

einverstanden  NICHT einverstanden

Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftliche widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich habe die **Patienteninformation zum Datenschutz** als Anlage erhalten und verstanden.

---

Ort, Datum

---

Name, Vorname

Unterschrift Patient

---

Ort, Datum

---

Name, Vorname

Unterschrift Patient

---