

Befundbogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir im Voraus einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Beruf: _____ Hobbies: _____

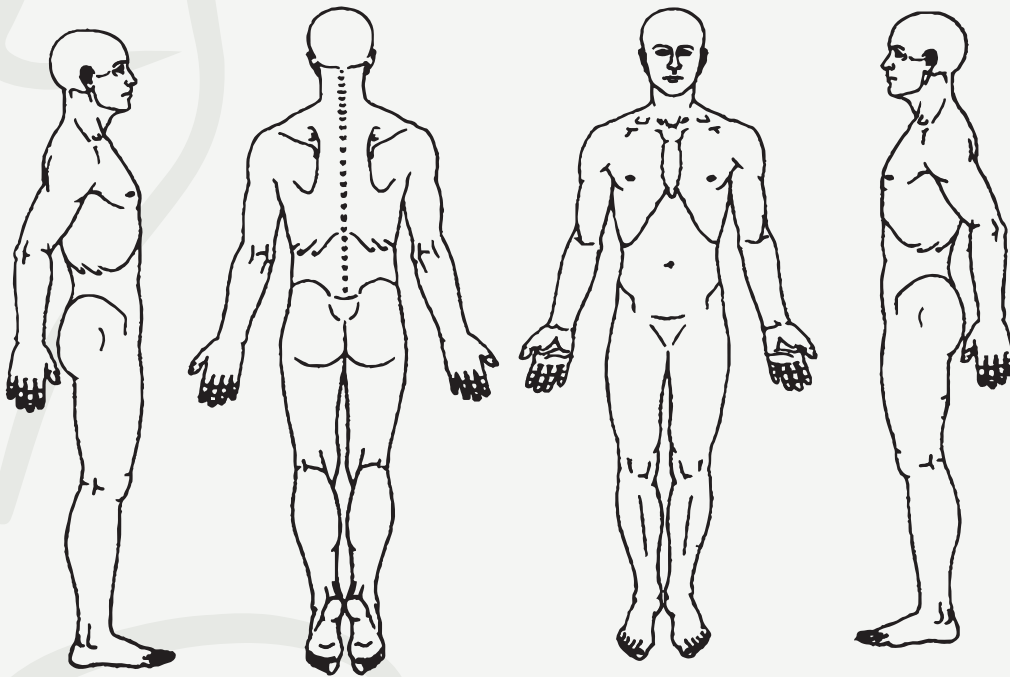
1. In welchen Bereichen Ihres Körpers haben Sie Beschwerden?

✕ Bei Schmerzen kreuzen Sie den Schmerzort an.

→ Markieren Sie ausstrahlende Schmerzen mit einem Pfeil.

• Sensibilitätsausfälle kennzeichnen Sie mit einem Punkt.

○ Schwellungen umkreisen Sie bitte.



2. Welche Hauptbeschwerden haben Sie?

3. Wie häufig und seit wann leiden Sie unter den Beschwerden?

4. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden, wie zum Beispiel einen Sturz oder Unfall?

5. Welche Aktivitäten oder Situationen bereiten Ihnen im Alltag Beschwerden?

6. Wie stark sind Ihre derzeitigen Schmerzen? (bitte im entsprechenden Feld einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

7. Was trägt zur Linderung Ihrer Beschwerden bei? (Aktivitäten, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Wärme, Kälte, etc.)

8. Was verschlimmert Ihre Beschwerden?

9. Wie würden Sie die Qualität Ihrer Schmerzen oder Missempfindungen beschreiben?

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> kribbelnd | <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> krampfend | <input type="checkbox"/> taub | <input type="checkbox"/> stechend |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> kalt | <input type="checkbox"/> heiß | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> kolikartig |
| <input type="checkbox"/> Ameisenlaufen | | | | | | |

10. Sind andere Symptome mit den Schmerzen oder den Empfindungsstörungen verbunden?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Missempfindungen |
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Schweißbildung | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit | |

Sonstige: _____

11. Haben Sie Vorerkrankungen oder Begleiterkrankungen?

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> chr. Bronchitis / COPD | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Blasen-Nierenerkrankungen | | |

Sonstige: _____

12. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

13. Hatten Sie Unfälle wie Autounfälle, Sportunfälle, Stürze oder ähnliches? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

14. Gab es Operationen, auch wenn sie schon einige Zeit zurückliegen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche und wann: _____

15. Haben Sie Narben? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo: _____

16. Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

17. Haben Sie sonstige Beschwerden, die nicht mit den Hauptbeschwerden zusammenhängen?

18. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Behandlung?

Hinweis / Aufklärung: Während Behandlungen und Untersuchungen kann es bei bestimmten Techniken zu Schmerzauslösungen kommen. Zudem besteht die Möglichkeit einer vorübergehenden Verschlechterung durch mechanische oder thermische Reize im Gewebe. Bei außergewöhnlichen Störungen informieren Sie bitte den Behandler/in. Nach der Behandlung ist es ratsam, ausreichend Wasser zu trinken.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____