

Sehr geehrte:r Patient:in,

unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln. Dafür benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und über Ihre Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.



**AKTIVIDA**

Therapie. Gesundheit. Training  
Römertalerie Leonberg

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

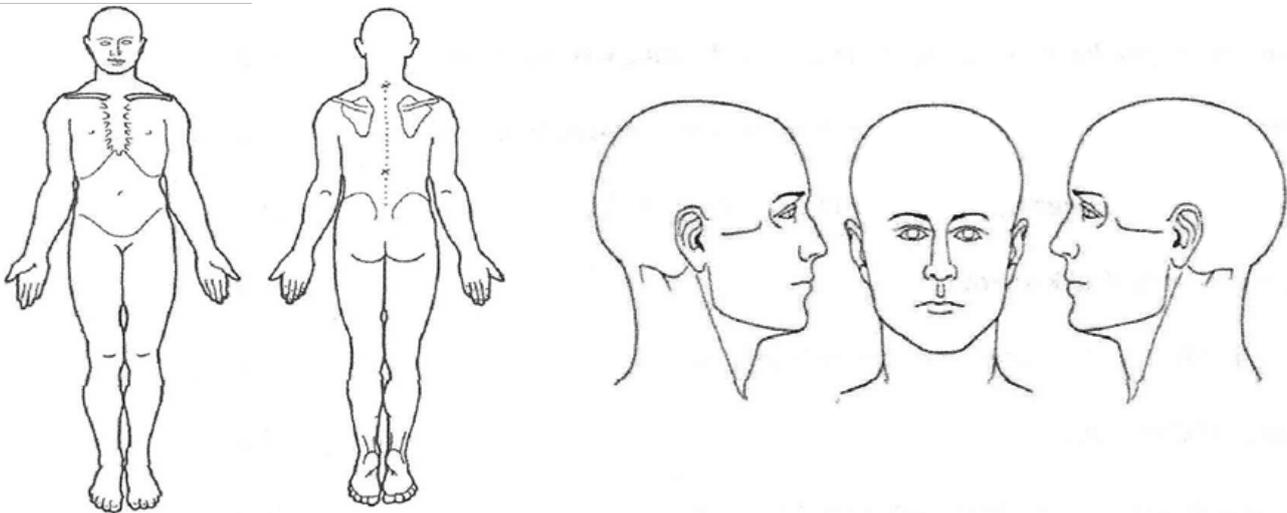
\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Sport / Hobby

1. Wo haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)



2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? \_\_\_\_\_

3. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? 😊 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 😞

4. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? Ja  Nein

5. Ist Ihre Sensibilität verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit) Ja  Nein

6. Ist Ihre Kraft verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung) Ja  Nein

7. Wie lange haben Sie die Beschwerden schon? \_\_\_\_\_

8. Kamen sie schon einmal vor? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Ja  Nein

9. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall) Ja  Nein

10. Haben Sie Ihre Beschwerden **permanent** oder **mit Unterbrechung**?  
(bitte einkreisen)

11. Was verbessert Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

13. Haben Sie nachts Schmerzen und/oder Schwitzen sie nachts? Ja  Nein

14. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? Ja  Nein

15. Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasen-  
schwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle, Benommenheit, Fieber, Schluck-  
beschwerden oder Doppelbildern? (bitte einkreisen)
16. Leiden Sie unter Seh-, Sprech-, Hörproblemen, Inkontinenz, Verstopfung, morgendlicher  
Steifigkeit, leichten Blutergüssen, Kurzatmigkeit oder Krämpfen? (bitte einkreisen)
17. Wie fühlen Sie sich im Allgemeinen?

---

18. Hatten Sie in Ihrem Leben Unfälle oder Operationen? Ja  Nein

19. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? Ja  Nein

20. Haben Sie andere Erkrankungen wie:

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Diabetes          | <input type="radio"/> Bluthochdruck   | <input type="radio"/> Osteoporose                |
| <input type="radio"/> Tuberkulose       | <input type="radio"/> Hormonstörungen | <input type="radio"/> Arteriosklerose            |
| <input type="radio"/> Organstörungen    | <input type="radio"/> Hepatitis       | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen    |
| <input type="radio"/> HIV/ Aids         | <input type="radio"/> Drüsenstörungen | <input type="radio"/> neurologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> psychische Leiden |                                       |  |
| <input type="radio"/> Sonstige:         | _____                                 |  |

21. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

22. Rauchen Sie? Ja  Nein

23. Haben Sie sich in den letzten Wochen aufgrund der Schmerzen  
niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? Ja  Nein

24. Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? Ja  Nein

25. Welche Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?  
(Röntgen, CT, MRT, Spritzen, Physiotherapie, Training)

---

26. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

---

### Organisatorisches

Termine müssen spätestens 24 Stunden vor Therapiebeginn abgesagt werden.  
Ansonsten werden diese privat in Rechnung gestellt. Die Ausfallgebühr beträgt,  
je nach Therapiedauer, zwischen 15 Euro und 30 Euro

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden Arzt:in, oder  
an praxisinterne Kolleg:innen für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben  
werden dürfen.

---

Datum

---

Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!