Gesundheitsfragebogen

Wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen komplett aus. Dies erleichtert uns, die Therapie optimal auf Sie abzustimmen.

Name:

Geburtsdatum:

Aktueller Beruf

Aktuelle Situation

Was hat Sie zu uns geführt? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?

Vorgeschichte

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sich diese seitdem verändert?

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Gesundheitsfragebogen

Erwartungen an die Behandlung

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände

	Ja	Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Beschwerden mit dem Herzen?	○	○
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	○	○
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	○	○
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	○	○
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche:	○	○

Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen?	○	○
Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	○	○
Sind Sie schwanger?	○	○
Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Wenn ja, welche(n):	○	○

Gesundheitsfragebogen

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen in den letzten 7 Tagen auf Sie zutrafen.
0 = gar nicht 1 = selten 2 = manchmal 3 = oft 4 = sehr oft

Beweglichkeit und körperliche Belastbarkeit	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Ich kann längere Strecken ohne größere Beschwerden gehen.	○	○	○	○	○
Ich kann mich im Alltag gut bücken, drehen oder aufrichten.	○	○	○	○	○
Ich kann Dinge heben oder tragen, ohne starke Probleme zu haben.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich körperlich belastbar.	○	○	○	○	○

Schmerz und Auswirkungen	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Meine Schmerzen schränken meinen Alltag ein.	○	○	○	○	○
Meine Schmerzen beeinflussen meine Beweglichkeit.	○	○	○	○	○
Meine Schmerzen wirken sich auf meine Stimmung aus.	○	○	○	○	○
Meine Schmerzen stören meinen Schlaf.	○	○	○	○	○

Wie stark waren Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen? (0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz): ☐

Gesundheitsfragebogen

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen in den letzten 7 Tagen auf Sie zutrafen.
0 = gar nicht 1 = selten 2 = manchmal 3 = oft 4 = sehr oft

Energie und Erschöpfung	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Ich fühle mich tagsüber müde.	○	○	○	○	○
Ich habe wenig Energie für körperliche Aktivitäten.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich schnell erschöpft.	○	○	○	○	○
Ich brauche mehr Pausen als früher.	○	○	○	○	○

Schlafqualität	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Ich schlafe insgesamt erholsam.	○	○	○	○	○
Ich habe Probleme beim Einschlafen.	○	○	○	○	○
Ich wache nachts häufig auf.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich morgens erholt.	○	○	○	○	○

Stimmung und emotionales Wohlbefinden	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Ich fühle mich häufig niedergeschlagen.	○	○	○	○	○
Ich mache mir Sorgen wegen meiner Beschwerden.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich emotional belastet.	○	○	○	○	○
Ich habe weniger Freude an Aktivitäten, die mir sonst Spaß machen.	○	○	○	○	○

Gesundheitsfragebogen

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen in den letzten 7 Tagen auf Sie zutrafen.
0 = gar nicht 1 = selten 2 = manchmal 3 = oft 4 = sehr oft

Angst und Anspannung	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Ich fühle mich angespannt oder nervös.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich innerlich unruhig.	○	○	○	○	○
Ich mache mir viele Sorgen.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich schnell überfordert.	○	○	○	○	○

Arbeit, Alltag und soziale Teilhabe	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Meine Beschwerden schränken meine Arbeit oder meinen Alltag ein.	○	○	○	○	○
Ich kann Freizeitaktivitäten wie gewünscht ausführen.	○	○	○	○	○
Ich vermeide Aktivitäten wegen Schmerzen oder Beschwerden.	○	○	○	○	○
Ich fühle mich im Alltag sozial eingeschränkt.	○	○	○	○	○

Gesamteinschätzung

Wie stark beeinträchtigen Ihre Beschwerden insgesamt Ihre Lebensqualität?
(0 = gar nicht, 10 = maximale Einschränkung): ☐