

# PATIENTENERFASSUNGSBOGEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. home: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ am Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ In welchem Zeitraum sind Sie tel. erreichbar?: \_\_\_\_\_

tätig als: \_\_\_\_\_ körperlich leicht  mittel  schwer

arbeitssuchend seit \_\_\_\_\_ Ausbildung \_\_\_\_\_

Altersrente  EU-Rente  GdB

Alleinstehend  Hilfe durch Partner/Kinder  eigene Kinder im Haushalt

Treiben Sie Sport? ja  Sportart \_\_\_\_\_ Wie häufig? \_\_\_\_\_ nein

Hausarzt: \_\_\_\_\_

weitere behandelnde Ärzte: Neurologe \_\_\_\_\_ Kardiologe: \_\_\_\_\_

Othopäde \_\_\_\_\_ Schmerztherapeut: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_ Grund der ÜW: \_\_\_\_\_

AU – Dauer (im letzten Jahr) Auflistung mit Grund der AU und zust. Arzt:

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Grösse/cm \_\_\_\_\_ Gewicht/kg \_\_\_\_\_ letzter RR: \_\_\_\_\_

Diabetes  Metformin / Insulin \_\_\_\_\_ Herzschrittmacher  Herz-Kreislaufkrankungen

Gerinnungshemmer  ASS / Godamed / Falithrom / Clopidogrel \_\_\_\_\_

Schmerzmittel / letzte Dosierung: \_\_\_\_\_

Gelenkersatz(OP) Hüfte re/li wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_ Knie re/li wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 10 Jahren in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung?

Laufende Therapie ja  Arzt: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_ nein

Voroperationen an HWS  BWS  LWS  Jahr \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Welche Art von Physiotherapie erhielten Sie im letzten halben Jahr?

Krankengymnastik  Manuelle Therapie  Massage  Chiropraktisches Einrenken  Injektionen  Akupunktur

Welche bildgebenden Untersuchungen der Wirbelsäule / Schädel liegen Ihnen als CD bereits zum Vorstellungstermin vor?

HWS  BWS  LWS  MRT  CT  Röntgen

Wünschen Sie eine Beurteilung von Bildbefunden / Zweitmeinung / Gutachten ohne Therapieabsicht?

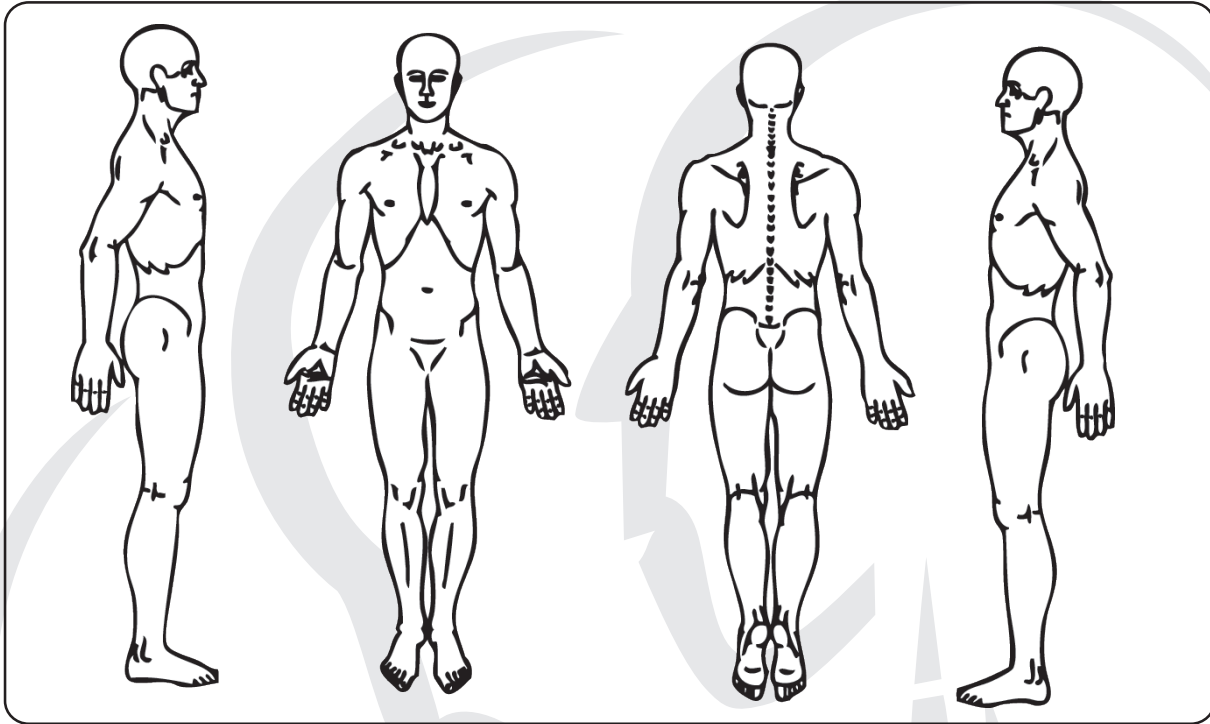
Wünschen sie eine Behandlung/ Therapie ihrer Erkrankung ggf. auch operativ? ja  nein

Sind Sie an Beratung zu Vorsorgemaßnahmen (Muskelkräftigung / alternativen Therapiemaßnahmen, Bewegungstherapie, individ. Physiotherapie) interessiert? ja  nein

Wie sind Sie auf die Praxis f. Neurochirurgie aufmerksam geworden? Empfehlung durch: \_\_\_\_\_ Internet

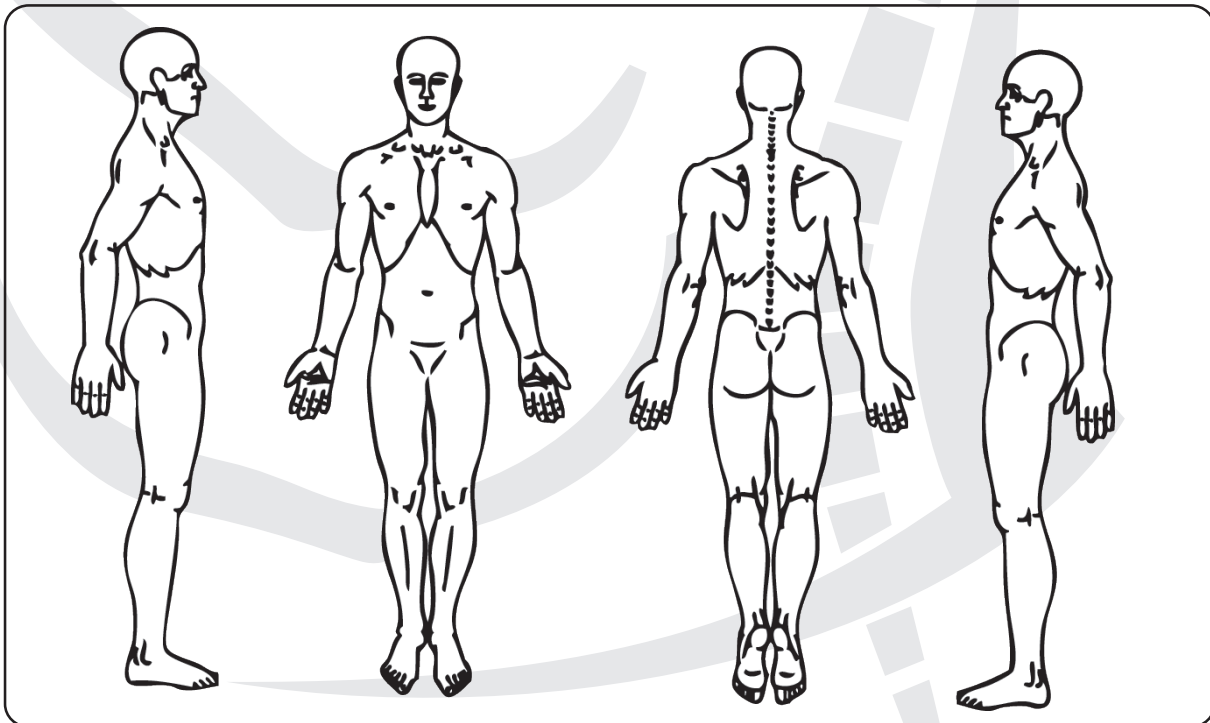
## SCHMERZEN

Bitte zeichnen Sie in die Figur so genau wie möglich ein, in welchem Bereich der Schmerz auftritt  
Bezeichnen Sie die Schmerzseite bitte zusätzlich mit rechts oder links bzw. beidseits.



## GEFÜHLSTÖHRUNG/KRIBBELN/TAUBHEIT

Bitte zeichnen Sie hier nur Gefühlsstörungen so genau wie möglich ein, rechts links oder beidseits angeben.



Welche Beschwerden sind Grund Ihrer Vorstellung? HWS  BWS  LWS  Kopf-Hirn  Nerven Arm  Nerven Bein

Wann traten die Beschwerden erstmalig auf? \_\_\_\_\_

Welche Körperhaltung führt zu Verringerung der Schmerzen? Stehen  Gehen  Liegen  Vorbeugen/Sitzen

Was verstärkt den Schmerz/die Beschwerden? Stand  Gehen  Liegen  Vorbeugen/Sitzen

Welche Distanz in Metern können Sie durchgehend laufen ohne sich setzen oder ausruhen zu müssen? \_\_\_\_\_

Haben sich Ihre Schmerzen /Gefühlsstörungen/Gehstrecke unter der bisherigen Behandlung  
gebessert  unverändert  verschlechtert?