

Screening Bogen

Name: _____ Beruf: _____

Alter: _____ Therapeut: _____

1. Seit wann haben Sie Beschwerden & welche? (Bewegung eingeschränkt, Schmerzen ect...)

wenn Schmerzen, dann:

permanent in Ruhe bei Belastung nächtliche Schmerzen

2. Trauma: ja nein **wenn ja welches?**

3. Medical History:

Kamen Beschwerden schon einmal vor: ja nein

4. Allgemeinzustand:

Wie fühlen sie sich?

Übelkeit Erbrechen Schwindel

Sonstige Auffälligkeiten bzgl. Allgemeinzustand?

müde schlapp unkonzentriert träge

5. Schlafverhalten:

gut schlecht **wenn schlecht warum?**

6. Gewichtsverlust:

ja nein **wenn ja, wieviel?**

7. Nebenerkrankung / Vorerkrankung

Haben sie Krankheiten wie:

- Diabetes Krebs Hepatitis Osteoporose Blutgerinnungsstö.
 Tuberkulose Organstörungen Drüsenstörungen Hormonstörungen HIV / Aids
 Arteriosklerose sonstiges: _____

8. Medikamente:

- ja nein **wenn ja, welche:** _____
- _____

9. OPs:

- ja nein **wenn ja, welche:** _____
- _____

10. Neurologische Ausfallerscheinungen

- ja nein **wenn ja, welche:** _____

Treffen diese Symptome auf sie zu?

- kribbeln Taubheit Lähmung Spastik

11. Vorherige Therapie

- ja nein **wenn ja, geholfen?** ja nein

12. Gibt es noch etwas, was sie mir noch erzählen möchten, was mit den Beschwerden zu tun hat?

Datum: _____ Patientenunterschrift: _____

Auszufüllen vom Therapeuten

13. Einschätzung und Begründung:

- Behandlung möglich? ja nein

Wenn nein, warum?

Therapeutenunterschrift: _____