

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-Kreislaufferkrankungen

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?

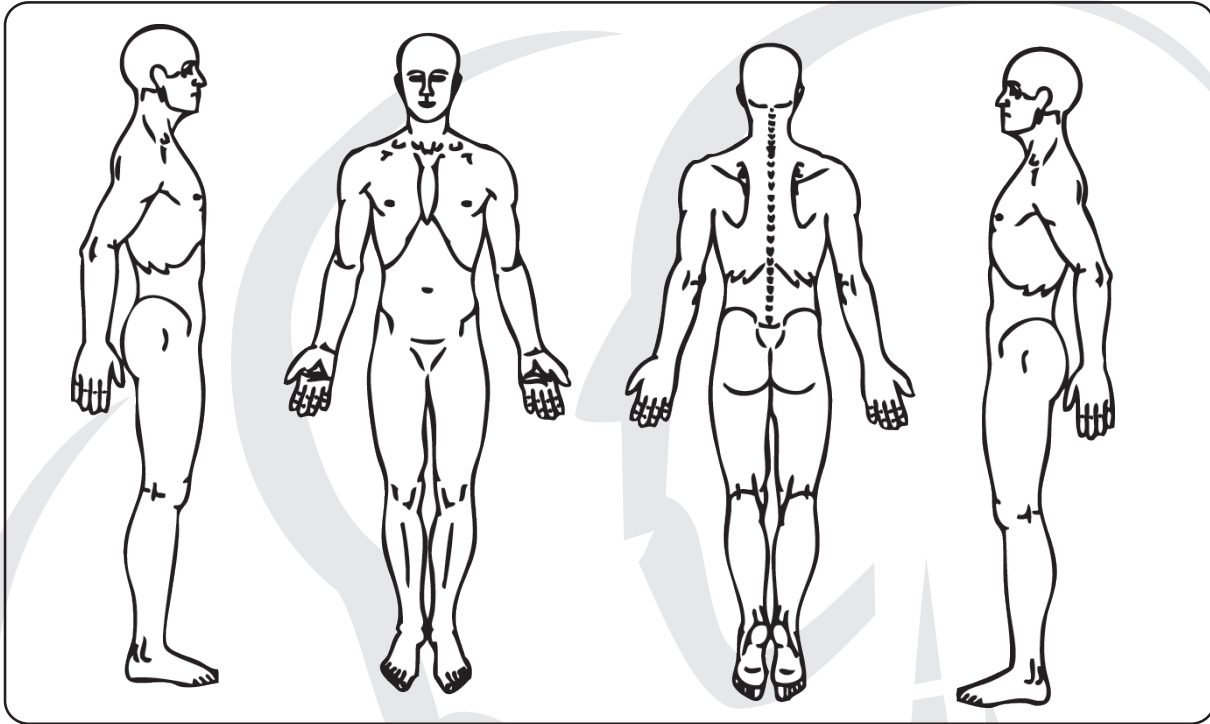
Wünschen sie eine Behandlung/ Therapie ihrer Erkrankung ggf. auch operativ? ja nein

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

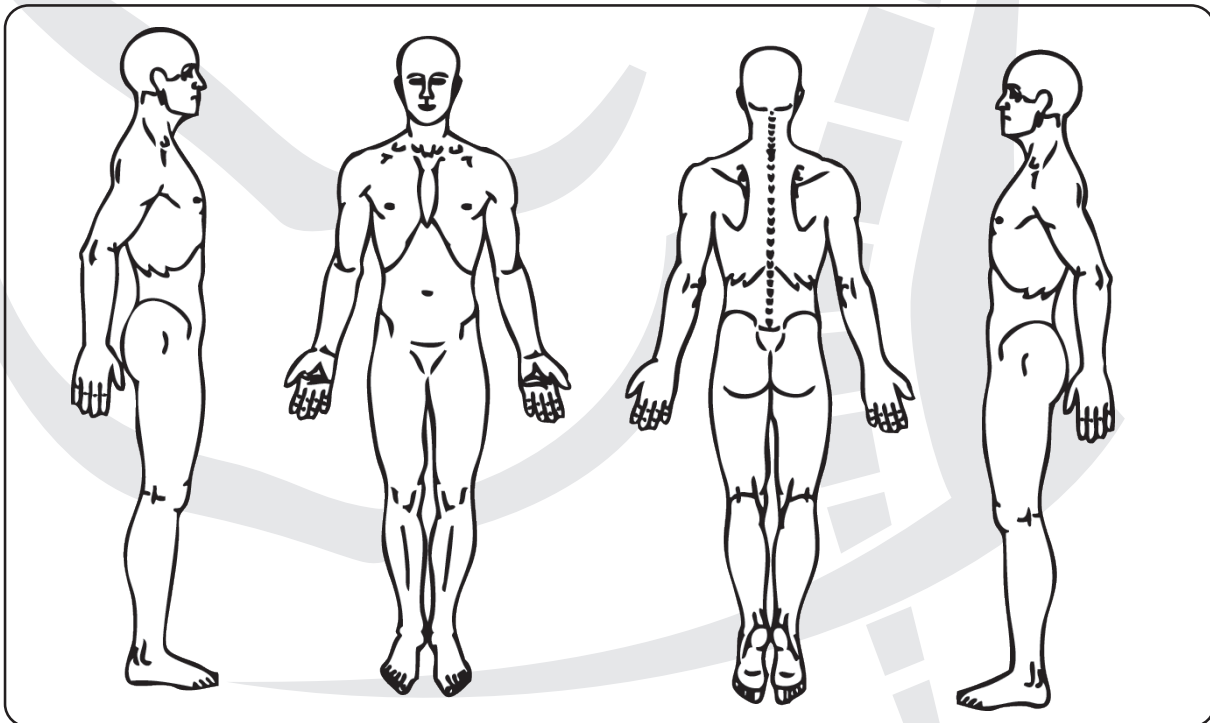
SCHMERZEN

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?