

Screening Bogen

Alter:	Beruf:
Hilfefrage:	Therapeut:

1. Seit wann Beschwerden & was? (Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, etc.):

wenn Schmerz:

☐ permanent ☐ in Ruhe ☐ bei Belastung ☐ nächtlicher Schmerz

2. Trauma? ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, was?: _____

3. medical History:

→ kamen Beschwerden schon einmal vor? ☐ Ja ☐ Nein

4. Allgemeinzustand/ Wie fühlen Sie sich?:

☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Schwindel?

sonstige Auffälligkeiten bezüglich AZ?

☐ Müde ☐ schlapp ☐ unkonzentriert ☐ träge

5. Schlafverhalten:

☐ gut ☐ schlecht

wenn schlecht, warum?: _____

6. Gewichtsverlust:

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, wie viel?: _____

7. Nebenerkrankungen/ Vorerkrankungen:

Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Osteoporose | ☐ Tuberkulose | ☐ Hormonstörungen |
| ☐ Krebs | ☐ Arteriosklerose | ☐ Organstörungen | ☐ Blutgerinnungsstörungen |
| ☐ Hepatitis | ☐ HIV / AIDS | ☐ Drüsenstörungen | ☐ neurologische Erkrankungen |
| ☐ Sonstige: _____ | | | |

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

→ geholfen? ☐ Ja ☐ Nein

12. Gibt es irgendwas, was Sie mir noch erzählen möchten, was hiermit zu tun hat?

13. Einschätzung (+ Begründung):

Behandlung?: ☐ Ja ☐ Nein
