

Name: \_\_\_\_\_ Datum Befundaufnahme: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie uns gefunden?

Telefonbuch  Internet

Empfehlung Arzt  Empfehlung anderer Patienten

### Individuelle Perspektive

Was sind Ihre Hauptprobleme? Was ist Ihr Anliegen?

---

### Funktionelle Kapazitäten

Wie wirken sich diese Probleme auf Ihre tägliche Aktivitäten / Lebensqualität aus?

---

---

Was können Sie dagegen tun?

---

### Ziele / Erwartungen

Was erwarten Sie von meiner Therapie / Beratung?

---

---

Was sind Ihre Ziele? Was möchten Sie erreichen?

---

---

---

## Schmerz-Beschreibung

Wie lange leiden Sie schon unter den Problemen / Schmerzen?

---

Können Sie den Schmerz sicher lokalisieren?

---

Tritt der Schmerz in Episoden auf?

---

Wechseln sich schmerzfreie Zeiten mit schmerzhaften Zeiten ab?

Nein  Ja  Dauer der schmerzhaften Zeiten: \_\_\_\_\_

Treten Ihre Schmerzen unmittelbar nach einer Reaktion auf?

Nein  Ja

Können Sie die Qualität des Schmerzes näher beschreiben? (z.B.: Kribbeln, Brennen, Stechen, Bohren, Pochen, Ausstrahlung, Elektrisch...)

---

---

Wurde bei Ihnen schon einmal folgende Krankheit diagnostiziert oder vermutet?

- Fibromyalgie
- Reizdarmsyndrom
- Chronische Blasenentzündung
- Spannungskopfschmerz

Treten Ihre Schmerzen zu bestimmten Zeiten auf? (z.B.: morgens, mittags, abends, nachts, während der Arbeit, nach der Arbeit, während Alltagsaktivitäten...)

---

---

Treten die Schmerz-Qualitäten gemischt auf? (z.B.: brennender Schmerz und stechender Schmerz bei Bewegung...)

---

---

## Sensibilisierung

Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1-10, wenn 1 kein Schmerz und 10 der stärkst-vorstellbare Schmerz ist....

... bei Bewegung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
... im Sitzen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
... im Stehen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
... im Liegen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
... während einer Anstrengung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
... unter Stress / in Notlagen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

## Kognitive Faktoren

Was denken Sie, ist die Ursache ihres Problems?

---



---

Was bedeutet Ihr Problem für Sie?

---

Was denken Sie, müssten Sie tun um die Probleme zu reduzieren?

---



---

Was denken Sie, müssten Sie tun um die Probleme zu verstärken?

---



---

Was denken Sie ist der Sinn oder die Funktion Ihres Problems?

---



---

## Affektive Faktoren

Wie sehr belastet Sie Ihr Problem auf einer Skala von 1-10?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Leiden Sie aktuell unter Stress, Ängsten oder Depressionen?      Nein       Ja

Glauben Sie, dass sich das auf Ihr Problem auswirkt?      Nein       Ja

Was glauben Sie ist der Grund für Ihre Krise / für Ihren Stress?

---

---

---

---

Wie gehen Sie mit Ihrer Krise / Ihrem Stress um? Welche Strategien nutzen Sie zur Bewältigung?

---

---

---

Um wie viel Prozent müsste Ihr Problem reduziert werden, damit Sie damit leben können?

---

Wie würden Sie ihren Alltag gestalten, wenn das Problem nicht bestünde

---

---

---

## Soziale Faktoren

Leben Sie alleine?      Nein       Ja

Haben Sie Kinder?      Nein       Ja

Was machen Sie in Ihrer Freizeit? Hobbys? Aufgaben?

---

---

---

---

---

## Wahrnehmung der Arbeit / des Berufs

Erzählen Sie etwas von Ihrer Arbeit...

---

---

Haben Sie Spaß an Ihrer Arbeit?                      Nein                       Ja

Fühlen Sie sich bei der Arbeit unterstützt (von Ihrem Arbeitgeber, von Ihren Kollegen)?                      Nein                       Ja

Glauben Sie, dass es für Sie sicher ist, ihrer Arbeit nachzugehen?                      Nein                       Ja

Wann denken Sie, können Sie Ihre Arbeit wiederaufnehmen?

---

## Faktoren am Arbeitsplatz

Fällt Ihnen Ihre Arbeit schwer oder leicht?                      schwer                       leicht

Ist Ihre Arbeit eher körperlich belastend oder eher psychisch belastend?                      körperlich                       psychisch

Steht Ihr Arbeitgeber regelmäßig in Kontakt mit Ihnen?                      Nein                       Ja

Werden Ihre Forderungen akzeptiert?                      Nein                       Ja

Haben Sie einen Plan wie Sie Ihre Arbeit wiederaufnehmen können?                      Nein                       Ja

Welchen?

---

---

---

---

## Lebensstil-Faktoren

Sind Sie zurzeit körperlich aktiv?

Nein  Ja

Welchen Aktivitäten gehen Sie nach?

---

Waren Sie jemals körperlich aktiv?

Nein  Ja

Welchen Aktivitäten gingen Sie nach?

---

Hat Ihr Problem / Ihr Schmerz Auswirkungen auf Ihren Schlaf?

Nein  Ja

Beschreiben Sie Ihre üblichen Schlafgewohnheiten...

---

---

---

Glauben Sie, dass Ihr Gewicht einen Einfluss auf Ihre Probleme hat?

Nein  Ja

Rauchen Sie?

Nein  Ja  wie viel?

---

Trinken Sie Alkohol?

Nein  Ja  wie viel?

---

Andere Drogen?

Nein  Ja  welche?

---

## Allgemeine Gesundheit

Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

---

---

Leiden Sie unter anderen medizinischen Problem / Erkrankungen? Wenn Ja, welche?

---

---

---

Hat einer Ihrer unmittelbaren Verwandten ähnliche Probleme? Wenn Ja, welche?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen zurzeit?

---

---

---

---