

## Aufnahmebogen

Wir freuen uns, Sie bei THERAPIEZEIT begrüßen zu dürfen.

Um mit Ihrer Therapie beginnen zu können und uns ein bestmögliches Bild von Ihren Beschwerden machen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen, zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und Ihrer aktuellen Situation, vorab auszufüllen und per E-Mail an [info@therapiezeit.nrw](mailto:info@therapiezeit.nrw) zu schicken oder ausgefüllt zur Ihrem ersten Behandlungstermin mitzubringen.

Besten Dank.

*Ihr THERAPIEZEIT-Team*

### PATIENTENDATEN

NAME, VORNAME	GEBURTSDATUM
GESCHLECHT	E-MAIL

### THERAPIERELEVANTE DATEN

DIAGNOSE	BEFUNDDATUM
NEBENDIAGNOSEN	OP-DATUM
	ALLERGIEN
MEDIKAMENTE	SONSTIGES
GRÖSSE	GEWICHT

UNFÄLLE	VERLETZUNGEN
OPERATIONEN	SCHWANGERSCHAFTEN (ANZAHL / WIE ENTBUNDEN)

## BITTE SCHILDERN SIE IHRE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

## WIE IST IHR AKTUELLER ZUSTAND

WESHALB KOMMEN SIE ZUR THERAPIE

  

WO SIND IHRE BESCHWERDEN

  

WANN TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF

  

WODURCH WERDEN DIE BESCHWERDEN BESSER

  

WIE FÜHLEN SICH DIE SCHMERZEN AN (SCHMERZQUALITÄT)

  

WAS WURDE BISHER AN THERAPIEN DURCHGEFÜHRT

WAREN DIESE ERFOLGREICH

SEIT WANN HABEN SIE IHRE BESCHWERDEN

## SOZIALANAMNESE

WOHNSITUATION (ALLEINLEBEND - TREPPEN - HILFSMITTEL)

BERUF

BERUFLICHE BELASTUNG

ALLTAGSBESCHÄFTIGUNG

HOBBYS

SPORT

## SUBJEKTIVE SCHMERZEWAHRNEHMUNG

AUF EINER SKALA VON 0-10 LIEGT IHR SCHMERZ BEI  
(0 = KEIN SCHMERZ 10 = STÄRKSTER VORSTELLBARER SCHMERZ)

IN RUHE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

BEI BELASTUNG

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----