

Fragebogen

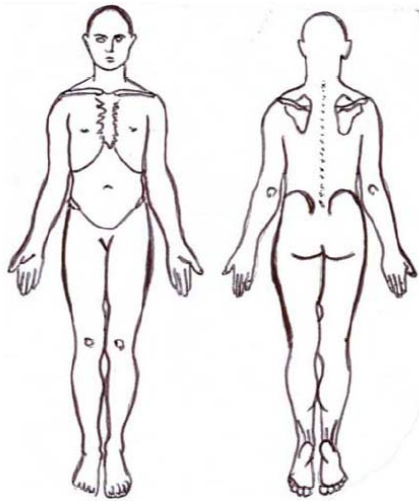
MED CENTER BERN | Anmeldung

Dieser Fragenbogen übermittelt Ihrem Arzt gesundheitsrelevante Informationen. Nehmen Sie sich bitte einige Minuten Zeit, um diesen auszufüllen. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer ersten Konsultation mit oder senden ihn per E-Mail an bern@spiraldynamik.com.

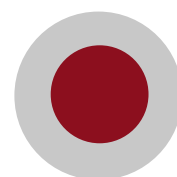
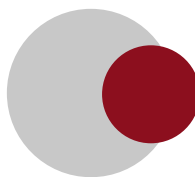
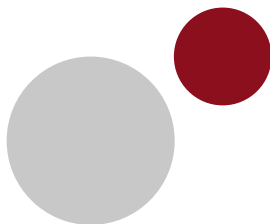
Wichtig: Bitte Arztberichte und Röntgenbilder (nicht älter als 3 Jahre) mitbringen!

A. Das Problem

1. **Lokalisation** | Zeichnen Sie bitte a) das Hauptproblem und b) weitere Probleme in der Skizze ein. Das Hauptproblem kennzeichnen Sie bitte mit einem Ausrufezeichen!



2. **Beeinträchtigung** | Welchen Stellenwert hat das Problem in Ihrem Leben?
Bitte Zutreffendes ankreuzen: Problemkreis = rote Scheibe, Personenkreis = graue Scheibe



B. Was bisher geschah

3. Wurde Ihnen im Zusammenhang mit dem Hauptproblem bereits eine Nein Ja
Operation vorgeschlagen? Falls ja, vom wem?

4. Wurden bisher **Röntgenbilder, MRI oder CT-Bilder** angefertigt? Nein Ja
Falls Ja, bitte vollständig ausfüllen. Bilder bitte mitbringen (nicht älter als 3 Jahre)

| Jahr z.B. 2008 | Untersuchung z.B. MRI Knie links | Diagnose z.B. Arthrose |
|----------------|----------------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

5. Wurden bisher **fachärztliche Abklärungen** durchgeführt? Nein Ja
Falls ja, bitte vollständig ausfüllen. Berichte bitte mitbringen.

| Jahr z.B. 2008 | Wer z.B. Dr. Müller, Orthopädie | Diagnose z.B. Knie-Arthrose |
|----------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

6. Wurden bisher **Therapien / Medikamente / Spritzen** durchgeführt? Nein Ja
Falls ja, bitte vollständig ausfüllen.

| Jahr z.B. 2008 | Methode z.B. Akupunktur | Erfolg z.B. Teilerfolg |
|----------------|-------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

7. Wurden bisher **Operationen** am Bewegungssystem durchgeführt? Nein Ja
Falls ja, bitte vollständig ausfüllen.

| Jahr z.B. 2008 | Was z.B. Meniskus Knie links | Erfolg z.B. Erfolg |
|----------------|------------------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

8. Hatten Sie bisher **Unfälle** mit Verletzungen am Bewegungssystem? Nein Ja
Falls ja, bitte vollständig ausfüllen. Bilder bitte mitbringen.

| Jahr z.B. 2008 | Was z.B. Beinbruch links | Heilung z.B. schmerzfrei |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

C. Erfolgskontrolle

Woran genau werden Sie persönlich den **Therapieerfolg** erkennen und bemessen? Welche **Ziele** sind Ihnen wichtig? Was konkret möchten Sie verbessern? Kennzeichnen Sie bitte Ihre Hauptziele mit "+++" und für Sie weniger bedeutende Ziele mit "++" und "+". Funktionen, die Sie nicht verbessern wollen, tragen Sie bitte in die Spalte „kein Interesse“ ein.

| | Hauptziele | Ziele | Nebenziele | Kein Interesse |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ihre Therapieziele: Funktionen | +++ | ++ | + | - |
| Schmerzreduktion lokal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schmerzreduktion generalisiert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Beweglichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stabilität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kraft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ausdauer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geschicklichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwindel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atmung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlafqualität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vitalität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderes: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ihre Therapieziele: Aktivitäten | +++ | ++ | + | - |
| Sitzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Knien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gehen: kurze Entfernungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gehen: lange Entfernungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lasten tragen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Haushaltarbeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gartenarbeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sportliche Aktivität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mobilität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erwerbsfähigkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soziale Kontakte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anderes: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift