



Pat. Nr.

Datum des Ausfüllens:

1. Angaben zu Ihrer Person

Name	Vorname	
Beruf	Mobiletelefon	Email oder Fax falls keine Email

2. Grund meines Kommens

ja nein weiß (noch)
nicht

Ich komme zur Diagnostik
Ich komme zur Behandlung
Ich suche eine langfristige Betreuung
Ich komme aus einem anderen Grund

3. Wie sind Sie auf die Praxisklinik aufmerksam geworden? Durch...

Arzt/Hausarzt	Physiotherapeut	Freunde/Bekannte	Fernsehen/Radio	Bücher/Artikel	Internet	Andere Wege
---------------	-----------------	------------------	-----------------	----------------	----------	-------------

4. Hätten Sie gerne einen Bericht an Ihren Hausarzt

ja nein

Adresse des Hausarztes:

5. Meine Hauptbeschwerden sind:

6.1
6.2
6.3
6.4
6.5
6.6

6. Wo waren Sie wegen Ihrer Hauptbeschwerden früher schon in Behandlung?

Jahr	Arzt/Klinik
------	-------------

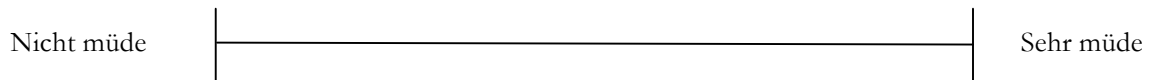


7. Allergien: Geben Sie bitte die bei Ihnen bekannten Allergien an, z.B. Hausstaub, Nahrungsmittel, Frühblühern

8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Medikament	Dosierung

9. Bitte markieren Sie die Stelle auf der Linie, die am besten Ihren Zustand in den vergangenen 7 Tage beschreibt: Wie müde sind Sie gewesen?



10 . Bitte kreuzen Sie an, wie ausgeprägt einige Beschwerden in den letzten 7 Tagen waren. „0“ bedeutet „keine Beschwerden“, „10“ bedeutet „sehr starke Beschwerden“.

1. Wie stark sind Ihre **Schmerzen** gewesen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerzen					sehr starke Schmerzen					

2. Wie ausgeprägt ist Ihre **körperliche Müdigkeit** bzw. Erschöpfbarkeit gewesen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine Müdigkeit					sehr starke Müdigkeit					

3. Wie ausgeprägt ist Ihre **geistige Erschöpfbarkeit**, z. B. Konzentrationsstörungen, gewesen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Erschöpfung					sehr starke Erschöpfung					

4. Wie ausgeprägt sind Ihre **Schlafstörungen** gewesen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Schlafstörung					sehr starke Schlafstörung					

5. Haben Sie ein Steifigkeits- oder Schwellungsgefühl der **Hände** empfunden?

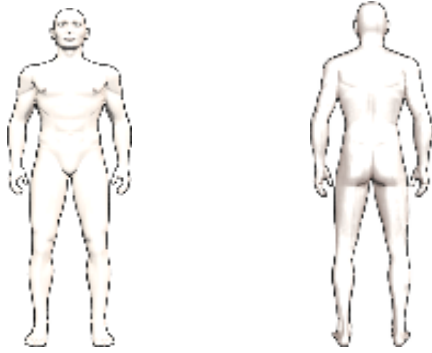
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht					sehr stark					

6. Haben Sie ein Steifigkeits- oder Schwellungsgefühl der **Füße** empfunden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht					sehr stark					

7. Haben Sie ein Schwellungsgefühl des **Gesichts** empfunden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Überhaupt nicht					sehr stark					



<input type="checkbox"/> Schultergürtel links	<input type="checkbox"/> Schultergürtel rechts
<input type="checkbox"/> Oberarm links	<input type="checkbox"/> Oberarm rechts
<input type="checkbox"/> Unterarm links	<input type="checkbox"/> Oberarm rechts
<input type="checkbox"/> Hüfte links	<input type="checkbox"/> Hüfte rechts
<input type="checkbox"/> Oberschenkel links	<input type="checkbox"/> Oberschenkel rechts
<input type="checkbox"/> Unterschenkel links	<input type="checkbox"/> Unterschenkel rechts
<input type="checkbox"/> Oberer Rücken	<input type="checkbox"/> Unterer Rücken
<input type="checkbox"/> Wange links	<input type="checkbox"/> Wange rechts
<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Brust
<input type="checkbox"/> Bauch	

11. Falls Sie unter Schmerzen leiden, markieren Sie bitte in der obigen Darstellung an welcher Stelle des Körpers Sie diese Schmerzen haben und kreuzen Sie in der rechten Tabelle die Orte nochmals an.

12. Wie stark leiden Sie unter folgenden Beschwerden	Gar nicht	Leicht manchmal	Mäßig häufig	Schwer sehr häufig
a. Erschöpfung (geistig oder körperlich)				
b. Nicht erholsamer Schlaf				
c. Konzentration,				
d. Körperliche Beschwerden allgemein				

13. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte d. Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt			
c. Leichte Ermüdbarkeit			
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen			
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen			
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen			
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit			

14. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 7 Tage durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte d. Tage	Bei-nah-e jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf				
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben				
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
g. Schmerzen im Brustbereich				
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen				
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten				



15. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht	Wenig	Stark
a. Bauchschmerzen			
b. Rückenschmerzen			
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)			
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation			
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr			
f. Kopfschmerzen			
g. Schmerzen im Brustbereich			
h. Schwindel			
i. Ohnmachtsanfälle			
j. Herzklopfen oder Herzrasen			
k. Kurzatmigkeit			
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall			
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden			

16. Fragen zur Angst	Ja	Nein
a. Hatten Sie in den letzten 7 Tagen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?		
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?		
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?		

17. Welche Antworten treffen am ehesten auf Sie zu?				
Self Evaluation of Breathing Questionnaire (SEBQ): Version 2 nach (Courtney & Greenwood, 2009)	nie	selten	öfters	häufig
Ich gerate schnell außer Atem (passt nicht zu meiner Fitness)				
Ich atme häufig sehr flach				
Ich gerate beim Reden schnell außer Atem				
Ich seufze häufig				
Ich gähne häufig				
Ich habe das Gefühl nicht genug Luft zu bekommen oder nicht tief genug zu Atmen				
Ich atme unregelmäßig				
Ich kann nicht gut durchatmen				
Mein Brustkorb fühlt sich oft eng an				
Ich atme häufig sehr schnell				
Ich atme schneller wenn ich angespannt/ängstlich bin				
Ich halte manchmal unbewusst den Atem an				
Bei körperlichen Beschwerden werde ich manchmal kurzatmig				
Bei Reden bekomme ich manchmal Atemnot				
Es fällt mir schwer einmal in Ruhe zu verschlafen				
Es fällt mir schwer in Räumen mit stickiger Luft zu sein				
Ich bin auch in Ruhe kurzatmig				
Ich kann nicht gut durchatmen				



Mein Atem ist schwer				
Ich atme tiefer/schneller				
Mein Atem erfordert Kraft				
Mein Atem erfordert Anstrengung				
Ich atme tagsüber durch den Mund				
Ich atme nachts durch den Mund				
	Spaltensumme			
	Gesamtsumme			

18. Unruhe in den Beinen

Ja Nein

Leiden Sie manchmal unter einem schwer zu beschreibenden, tief-sitzenden und unangenehmen Bewegungsdrang in den Beinen?

Nimmt dieser Bewegungsdrang zu, wenn Sie sich setzen oder ins Bett legen?

Wird es besser, wenn Sie sich bewegen oder gehen?

Wird es abends oder nachts schlechter?

19 Wie stark leiden Sie unter einem der folgenden Beschwerden

Überhaupt nicht manch mal häufig

a. Schwellungen im Bereich der Augen/Gesicht z.B. am Morgen

b. Schwellungen im Bereich der Hände/Finger z.B. am Morgen

c. Schwellungen im Bereich der Unterschenkel

d. Schwellungen im Bereich der Füße

e. Neigung zu „blauen Flecken“ (Hämatomen)

f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen

g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

20. Weiter wichtige Informationen. Benutzen Sie sonst ein Extrablatt, wenn der Platz nicht reicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und die Mühe des Ausfüllens. Bitte geben Sie den Fragebogen bei Ihrem ersten Besuch an der Anmeldung ab – wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!