



Datum:

**Hatten Sie Ihre jetzigen Beschwerde/Schmerzen früher schon einmal?**

--

**Seit wann bestehen die Beschwerden/Schmerzen?**

Weniger als einen Monat	1 Monat bis 1/2 Jahr	1/2 bis 1 Jahr	
1 bis 2 Jahre	2 bis 5 Jahre	Mehr als 5 Jahre	
Können Sie ein genaues Datum angeben:			

**Wie fühlen sich die Beschwerden/Schmerzen an?**  klopfend  klingend  sausend  pfeifen

Tief	Stechend	Ziehend	Lähmend	Unerträglich
Oberflächlich	Schneidend	Scharf	Brennend	Unangenehm
Ausstrahlend	Pochend	Dumpf	Krampfend	Beängstigend

**Beschreiben Sie kurz das 24h- Verhalten Ihrer Beschwerde/Schmerzen.**

(Wann spüren Sie es besonders stark auf oder wann gar nicht.)

Morgens		Besonderheiten: Beginn plötzlich?/langsam?  Dauer: Minuten?/Stunden?/Tage?
Mittags		
Abends		
Nachts		
beschwerdefreie Intervalle?		

**Wodurch werden die Beschwerden/Schmerzen ausgelöst?**

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

Welche körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Wetter, Tageszeit, Wetterlage, Sonstige

--

**Wie lassen sich die Beschwerden/Schmerzen lindern?**

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges:

--

**Nehmen Sie Medikamente? Bekommen Sie Spritzen vom Arzt? Wenn ja, welche?**

--

**Leiden Sie an chronischen Krankheiten? (Bsp.: Osteoporose, Bluthochdruck...)**

--

Datum:

**Hatten Sie schon einmal einen schweren Unfall oder eine schwere Verletzung?  
Wurden Sie schon einmal operiert?**

**Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen? Woran werden Sie es im  
Alltag merken?**

**Ihrer bisherigen Therapien**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Physiotherapie Osteopathie Chiropraktik Massage Akkupunktur Sonstige?  
wie oft bisher?/ seit wann?**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Diagnostik Röntgenbilder CT Ultraschall Doppler Wann?**

**Bitte aktuelle Arztberichte mitsenden**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Was noch wichtig wäre aber nicht gefragt wurde, sonstiges, das Ihrer Meinung nach im  
Zusammenhang mit Ihren Beschwerden stehen könnte o. was unbedingt beachtet  
werden sollte**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Ihre vermutete Ursache(n)**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Meine eigene Hypothese**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum:

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, Sonstiges  
Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Keine   
Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung  
(Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper),  
Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Gibt es Allergien?** Keine

Pollen / wann \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_

Sonstiges (Medikamente, Chemikalien, Pflaster, Latex usw.) \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? \_\_\_\_\_

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein? \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Kopf/Hals**

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_ Falls ja: häufig, selten, Region: Stirn-Augen-  
Schläfen-Hinterhaupt, halbseitig - links - rechts – doppelseitig, morgens, abends, Migräne  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Problem Haare      Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann \_\_\_\_\_

Problem Augen, Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Macula-  
Degeneration, Glaukom

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Probleme Ohren    Tinnitus seit \_\_\_\_\_ links/rechts      Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_

Probleme Zähne/Kiefer       Abweichungen beim Kauen       Knackgeräusche

Angaben/Sonstiges/andere \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein  
Zahnfüllmaterialien  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Problem(e), Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte  
Nasennatmung, Nase verstopft

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Mandeln** Problem(e), Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schilddrüse** Problem(e), Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum:

**Herz/Kreislauf** Problem(e), Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Blutdruck** Bluthochdruck    niedriger Blutdruck  
Angabe der Werte \_\_\_\_\_ Bluthochdruck bekannt seit? \_\_\_\_\_

**Lungen** Probleme, Bronchitis, häufig Husten, Atembeschwerden, Asthma bronchial  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Verdauung**  
Allgemein: Übelkeit, Erbrechen, Aversionen gegenüber bestimmten Speisen, Sodbrennen, Aufstoßen, Blähungen, Nahrungsunverträglichkeiten  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Leber Problem** Entzündung – Hepatitis  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Galle** Problem(e), Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Magen** Problem(e), Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittel Unverträglichkeiten  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Darm** Problem(e), Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Entzündungen, Blähungen, Reizdarm. Geruch  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Stuhlgang** täglich, täglich mehrfach, jeden 2./3./4./.... Tag, unregelmäßig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall  
Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft, Spuren von Blut, Schleim  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

## **Bewegungsapparat**

**Rheumatische Beschwerden** folgende Beschwerden  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Arme/Hände** Problem(e), Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Gelenkprobleme  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Beine/Füße** Problem(e), Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, Gelenkprobleme  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Rücken** Problem(e), Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen  
Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum:

**Haut/Nägel** Problem, Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Muttermale, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündungen

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen **Narben**?

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Unterleib** Geschlechtsorgane, Niere/Blase

Gynäkologie kein Problem, Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Geschlechtskrankheiten

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft(en)/Geburt(en)**, Anzahl:

Regelblutung regelmäßig, unregelmäßig, keine mehr; wann war die erste Regelblutung wann die letzten Beschwerden vor - nach - während der Regel – welche

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wechseljahres-Beschwerden** Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Verwenden Sie Verhütungsmittel? Ja  nein

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Niere/Blase** kein Problem, Nierensteine, Entzündungen – häufig

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach, Farbe

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Sexualität** Problem(e), zufrieden stellend, vermindert, verstärkt, unbefriedigend, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Andere Symptome zum Schmerz**

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Schweißbildung, Schwindel, Seh- oder Hörstörungen, Berührungsempfindlichkeit, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Bewegungseinschränkung

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen & Schmerzbehandlung

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum:

**Seelisches Befinden**

Gab es in jüngerer oder weiterer Vergangenheit Situationen, die sie seelisch belastet haben und/oder die Sie aktuell belasten? Wenn ja, welche?

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie belastbar fühlen Sie sich?

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Allgemeines**

Mein aktuelles Körpergewicht

Meine Körpergröße

Meine Blutgruppe

Trinken Sie Alkohol? Wieviel?

Rauchen Sie? Wieviel? Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft?

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Schlaf Probleme, Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit ..... ) Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße,

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Zähneknirschen, Schnarchen

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Schlafzeit übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie hier alle bisherigen Erkrankungen, Unfälle und Operationen, die Sie durchgemacht haben und ggf. mit zurückgebliebenen Folgeschäden

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

Angaben \_\_\_\_\_

Datum:

### **Soziales Umfeld**

#### **Beruflicher Werdegang**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

#### **Derzeitige Tätigkeit**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

#### **Arbeitsunfähig seit**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

#### **Rente**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Besondere berufliche Einflüsse** Schadstoffe, Hitze, Staub, Lärm, Stressbelastung, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Mobbing

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Häusliche Verhältnisse** allein lebend, ledig, mit Ehepartner/Lebenspartner, mit Kindern, mit Enkeln, Wohnung, Haus

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

#### **Hobby / Bevorzugte Freizeitbeschäftigung**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wissenswertes und noch nicht gefragtes aber was Sie gerne noch mitteilen möchten**

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

Angaben/Sonstiges \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben**

**Datum:**

**Unterschrift Kunde/Patient:**

Datum:

## Wir bringen Sie in Balance, damit Bewegung (wieder) Spaß macht!

Zertifizierte Physiotherapie, Osteopathie, Sport & Gesundheit  
Medical Consulting, Coaching & Treatment  
Betriebliches Gesundheitsmanagement



**Gunsch Physio Balance® Privatpraxis**  
Physiotherapie | Osteopathie | Schmerztherapie

**Gesundheits- & Qualitätsmanagement**  
Ergonomie | Arbeitssicherheit  
Gesundheitsschutz

Stuntzstr. 45  
81677 München  
0171 33 71 333  
089 9699 85 62  
Fax: 03222 6865230

[www.gunsch-physiobalance.de](http://www.gunsch-physiobalance.de)  
[info@gunsch-physiobalance.de](mailto:info@gunsch-physiobalance.de)

**M.Sc. Univ. Medizin**  
**Master of Physiotherapy Univ.**  
**Bachelor of Health Univ.**  
Diplom-Physiotherapeut, B.Sc. PhT  
Dipl. Osteopathic Manipulative PhT  
Zert. D.O. Osteopath VFO e.V. | BVO e.V.  
Liebscher & Bracht® Schmerzspezialist  
Berufsfachschullehrer Physiotherapie  
Sportlehrer  
Heilpraktiker BDH e.V.

**Gesundheits- und Qualitätsmanager**  
QM-Auditor (TÜV), SiFa (TÜV)

