

Konsultationsgrund – FRAGEBOGEN II



Name: _____ Datum: _____
Vorname Nachname T.M.J.

Grund für die Konsultation des Movewell Fachteam (bitte kreuze alle zutreffenden an):

- Für Gesundheits- & Leistungsoptimierung Ernährungsberatung Schmerz Sportverletzungen Unfall/Trauma

Beschreibe was Dich zu Movewell brachte:

Datum des Auftretens: _____ Hattest Du Röntgen/CTs/MRTs vom Problemareal machen lassen? Ja Nein

Hattest Du das Problem bereits in der Vergangenheit? Ja Nein

Wenn ja, ist es gleich schlechter besser als zuvor

Beschreibe den Schmerz: Brennen/Pochen/Pulsieren/Stechen/Blitzartig Stumpf/Schneidend Tief/Oberflächl.

Wieviel % des Tages hast Du diesen Schmerz? 0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Beeinträchtigt Dich das Problem bei tgl. Aktivitäten? Ja Nein Wenn ja, inwiefern?

Schmerzintensität von 0 (keinen) - 10 (am schlimmsten vorstellbar): Heute? _____ Beim Erstauftreten? _____

Wann fühlst Du Dich am besten? Morgens Mittags Abends Nachts

Wann fühlst Du Dich am schlechtesten? Morgens Mittags Abends Nachts

Hast Du bereits andere Fachleute diesbezüglich konsultiert? Ja Nein Wenn ja, wen? _____

Welche Berufung? Mediziner Chiropraktiker Ernährungsberater Trainer Physio Andere

Wenn Du möchtest, dass wir diese Fachleute für vorangegangene Befunde konsultieren, übergebe uns bitte soviel Informationen wie möglich (Telefon, Adresse, Name, Stadt, E-Mail etc.): _____

Wie hast Du Dich bisher selbst behandelt? Medikamente Massage Kälte/Wärme Übungen Dehnung Andere

Bitte liste alles auf, was das Problem erleichtert: _____

Bitte liste alles auf, was das Problem verschlimmert: _____

Nimmst Du aktuell Medikamente, Ergänzungsmittel, Muskelrelaxanzien? Bitte nenne den Grund, Dosierung, Name:

Folgst Du einem bestimmten Ernährungsplan/Diät? Ja Nein Wenn ja, was beinhaltet es und was sind Ziele?

Hast Du Allergien? Ja Nein Wenn ja, auf was? _____

Wenn ja, wie verhinderst oder linderst Du die Symptome? _____

Ich habe dieses Formular nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und kommuniziere damit wichtige Informationen mit dem Movewell Fachteam. Ich verstehe, dass auf dessen Grundlage Behandlungsempfehlungen gegeben werden.

Unterschrift Patient

(Ist der Patient jetzt noch nicht 18 Jahre alt,
muss ein Elternteil unterzeichnen.)

Movewell® – Martin Strietzel