

**Erstkontaktfragebogen**



Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Hobbys: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Allergien:**

	Ja	Nein	
Sind Sie allergisch gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____
Reagieren Sie empfindlich auf Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?	_____		

**Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiater/Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapeut/Krankengymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chiropraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	_____				

Datum der letzten Untersuchung: \_\_\_\_\_

Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Falls ja, um welche ging es? _____

**Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.**

	Ja	Nein	
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche Art? _____
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? _____
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Art? _____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere _____			

	Ja	Nein
Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen) und das ungefähre Datum der Verletzung:**

Datum	Verletzung	Datum	Verletzung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?**

	Verordnet	Nicht verordnet		Verordnet	Nicht verordnet
Aspirin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen, Diclofenac etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere, nicht verordnete Mittel:	_____	_____
Medikamente gegen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

**Genussmittel:**

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? \_\_\_\_\_  
 Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_  
 Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? \_\_\_\_\_  
 An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_  
 Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen? \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenk-, Muskelschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	starke Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regelmäßiges Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm-, Beinschwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln oder Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klimakterium, Wechseljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen in der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift Therapeut                      Datum                      Unterschrift Patient                      Datum

William Boissonnault 2010, übersetzt von Kerstin Lüdtko

## Zusatzmaterial zu Schwerpunkt Screening in der Manuellen Therapie · Vertiefung

### Literaturverzeichnis

Autorinnen: Dr. Kerstin Lüdtker/ Lucia Grauel

#### Literatur

1. Emery SE. Cervical spondylotic myelopathy: Diagnosis and treatment. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 2001; 9(6): 376–388
2. Fehlings MG, Skaf G. A review of the pathophysiology of cervical spondylotic myelopathy with insights for potential novel mechanisms drawn from traumatic spinal cord injury. *Spine* 1998; 23(24): 2730–2737
3. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis and Rheumatism* 2009; 60(10): 3072–3080
4. Huisstede BMA, Miedema HS, Verhagen AP et al. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. *Occupational and Environmental Medicine* 2007; 64(5): 313–319
5. Karadimas SK, Erwin WM, Ely CG et al. Pathophysiology and natural history of cervical spondylotic myelopathy. *Spine* 2013; 38 (22 Suppl 1): S21–36
6. Kempster PA, Rollinson RD. The Lhermitte phenomenon: Variant forms and their significance. *Journal of Clinical Neuroscience* 2008; 15(4): 379–381
7. Kendall NA. Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: The low back paradigm. *Baillière's best practice & research. Clinical rheumatology* 1999; 13(3): 545–554
8. Michaleff ZA, Maher CG, Verhagen AP et al. Accuracy of the Canadian C-spine rule and NEXUS to screen for clinically important cervical spine injury in patients following blunt trauma: A systematic review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 2012; 184(16): E867–876
9. Mitchell J, Keene D, Dyson C et al. Is cervical spine rotation, as used in the standard vertebrobasilar insufficiency test, associated with a measureable change in intracranial vertebral artery blood flow? *Manual Therapy* 2004; 9(4): 220–227
10. Nagata K, Yoshimura N, Hashizume H et al. The prevalence of cervical myelopathy among subjects with narrow cervical spinal canal in a population-based magnetic resonance imaging study: The Wakayama Spine Study. *The Spine Journal* 2014; 14: 2811–2817
11. Osti OL, Gun RT, Abraham G et al. Potential risk factors for prolonged recovery following whiplash injury. *European Spine Journal* 2005; 14(1): 90–94
12. Rapała K, Walczak P, Truszczyńska A et al. Diagnostic and therapeutic problems of back pain syndromes and their distribution according to a colour coding system of flags. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2012; 14(3): 215–227
13. Rivett DA. Adverse events and the vertebral artery: Can they be averted? *Man Ther* 2006; 11(4): 241–2
14. Salvi FJ, Jones JC, Weigert BJ. The assessment of cervical myelopathy. *The Spine Journal* 2006; 6(6 Suppl): 182S–189S
15. Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ et al. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors („blue flags”) in back disability. *Journal of occupational rehabilitation* 2009; 19 (1): 64–80
16. Sung WS, Sung MJ, Chan JH et al. Intramedullary spinal cord metastases: A 20-year institutional experience with a comprehensive literature review. *World Neurosurgery* 2013; 79(3-4): 576–584
17. Yarbrough CK, Murphy RKJ, Ray WZ et al. The natural history and clinical presentation of cervical spondylotic myelopathy. *Advances in Orthopedics* 2012; 480643
18. Young WB. The clinical diagnosis of myelopathy. *Seminars in ultrasound, CT and MR* 1994; 15 (3): 250–254