



Name, Vorname

Geburtsdatum

**Ambulantes Rehasentrum
Goethering 58, 63067 Offenbach am Main**

Sehr geehrte Patient*innen,

wir bei SPOREG verfolgen einen ganzheitlichen Therapieansatz, daher bitten wir Sie uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Bitte umkreisen Sie die zutreffende Antwort.

1.	Haben Sie Schmerzen, die nur nachts auftreten und sich nicht durch einen Lagewechsel beeinflussen lässt?	Nein	Ja
2.	Haben Sie einen nicht zu begründenden Gewichtsverlust?	Nein	Ja
3.	Hatten Sie vor kurzem ein Trauma (Sturz, Stoß, Unfall)?	Nein	Ja
4.	Haben Sie Osteoporose?	Nein	Ja
5.	Haben Sie ansteckende Krankheiten?	Nein	Ja
6.	Haben Sie Suchterkrankungen?	Nein	Ja
7.	Hatten oder haben Sie eine Tumorerkrankung? <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
8.	Haben Sie neurologische Beeinträchtigungen? (Spastik, Parese Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Gesichtsfeldeinschränkungen, Wahrnehmungsstörungen, etc.) <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
9.	Haben Sie eine oder mehrere Autoimmunerkrankung/en? (Diabetes Typ 1, Hashimoto-Thyreoiditis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie, Rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, etc.) <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
10.	Haben Sie Gelenkimplantate (Prothesen)? <u>Ja, folgende (seit wann):</u>	Nein	
11.	Hatte Sie eine oder mehrere Operationen in den letzten 10 Jahren? <u>Ja, folgende (wo; wann [Jahr]):</u>	Nein	

12.	Haben Sie Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems? <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
13.	Haben Sie psychische Erkrankungen? <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
14.	Mussten Sie in der Vergangenheit Kortison- Präparate einnehmen? <u>Ja, folgende (+ Dauer):</u>	Nein	
15.	Nehmen Sie Medikamente/ Hormone/ Nahrungsergänzungsmittel? <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
16.	Haben Sie Organerkrankungen, -auffälligkeiten oder Stoffwechselerkrankungen? (Leber, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, etc.) <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
17.	Haben Sie Erkrankungen/ Störungen des Blut- oder Lymphgefäßsystems? <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
18.	Haben Sie elektronische Implantate? (Cochlea- Implantat, Herzschrittmacher, Insulinpumpe, etc.) <u>Ja, folgende:</u>	Nein	
19.	Sind Sie schwanger, falls ja in welcher Woche? Woche: _____	Nein	Ja

Hiermit gestatten Sie uns Kontakt zu Ihren/m behandelnden/m Ärzten/Arzt aufzunehmen, um für die Therapie notwendige Informationen zu erhalten und im Rahmen der Therapieplanung Änderungen der verordneten Heilmittel oder Ergänzungen von Heilmitteln zu besprechen.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Mit der folgenden Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit Ihrer Angaben.

Vielen Dank, Ihr SPOREG- Team

Offenbach, den _____
Datum

Unterschrift