

EINLEITUNG

Kennen Sie den schönen Satz aus dem Volksmund? „Das ist von allein gekommen, dass geht auch von allein wieder weg!“ Jetzt stellen Sie sich mal vor, dem ist ganz und gar nicht so und es gibt für zahlreiche **chronische Schmerzen** und **Bewegungsstörungen** einen Auslöser. Oft haben wir diese Auslöser nur schlichtweg vergessen oder bringen sie mit unseren aktuellen Schmerzen nicht in Verbindung. Zum einen, weil diese Auslöser als nicht so schlimm wahrgenommen wurden. Da war mal ein kleiner Sturz über eine Wurzel beim Joggen, ein Ausrutscher auf der Treppe oder das Vertreten bei einem Spaziergang? Diese kleinen „Ausrutscher“ beschäftigen uns nur etwa eine Woche oder zwei, dann haben wir das wieder vergessen oder verdrängt. Doch leider vergisst unser Körper nichts und Schmerzen sind immer ein Zeichen dafür, dass etwas nicht in Ordnung ist. Das ist jetzt kein Grund um in Panik zu verfallen. Mit diesem Fragen- und Ursachenkatalog versuchen wir Schritt für Schritt eben diese **Auslöser** herauszuarbeiten. Bitte nehmen Sie sich daher genügend Zeit, um jede Frage in Ruhe zu beantworten. Der Auslöser für chronische Schmerzen liegt selten da, wo es weh tut. Sie schalten die Lampe ja auch am Schalter ein und drehen nicht jedes Mal die Birne in die Fassung. Sollten bestimmte Fragen gar nicht zutreffen, bitte ich Sie diese Fragen einfach mit „NEIN“ zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

STATUS QUO (AKTUELLES BEFINDEN)

WIE FÜHLEN SIE SICH?

- gesund und ausgeglichen gesund, aber irgendwie nicht im Lot müde und erschöpft

WAS IST IHR MOMENTANES HAUPTPROBLEM?

GAB ES EINEN AUSLÖSER (PLÖTZLICH) ODER KAM DER SCHMERZ LANGSAM SCHLEICHEND?

AUF EINER SKALA VON 0-10 (0 = KEIN SCHMERZ / 10 = MAXIMUM) WO LIEGT IHR SCHMERZ? VAS-SKALA



IST IHR SCHMERZ LOKAL ODER STRAHLT ER AUS?

- lokal strahlt aus (welche Bereiche sind betroffen?) _____

IST IHR SCHMERZ KONSTANT (24H ALSO TAG UND NACHT) VORHANDEN? ODER IST IHR SCHMERZ NUR ZEITWEISE VORHANDEN?

- Ja Nein Ja Nein

IST IHR SCHMERZ BEWEGUNGSABHÄNGIG ODER AUCH IN RUHE VORHANDEN?

- Ja, bewegungsabhängig Ja, auch in Ruhe

BESCHREIBEN SIE IHREN SCHMERZ:

- bohrend
- stechend
- ziehend
- spitz oder stumpf
- klopfen/pulsierend/hämmernd
- wie elektrisiert
- quälend
- sonstiges: _____

URSACHENKATALOG

UNFÄLLE

Gab es in Ihrem Leben schon einmal einen Unfall? Wenn er heftig war, kann man sich daran erinnern, aber was ist mit den nicht so Schlimmen, die oft Jahre zurückliegen? Ein Sturz die Treppe herauf- oder herunter, ein Sturz mit dem Rad oder ein Auffahrunfall mit dem Auto? Auch wenn Sie es nicht miteinander in Verbindung bringen, unser Körper vergisst nie!

- Ja
- Nein

SPORTUNFÄLLE

Gab es Sportunfälle in Ihrer Vergangenheit? Ein Hechtsprung beim Tennis, ein unsanftes Aufkommen beim Beachvolleyball, der Sturz über eine Wurzel beim Joggen oder ein Zusammenstoß mit einem Mitspieler beim Fußball (o.ä.)?

- Ja
- Nein

STÜRZE

Können Sie sich daran erinnern schon einmal auf die Hüfte oder das Gesäß gefallen zu sein? Im Kindesalter von der Schaukel, beim Snowboarden oder Skifahren, beim Schlittschuhlaufen oder haben Sie sich schon mal das Steißbein gebrochen? Kommt Ihnen der Zustand bekannt vor, nach langem Sitzen sich langsam aufrichten zu müssen, um ganz langsam in die Gänge zu kommen?

- Ja
- Nein

SUPINATIONSTRAUMA (DER UMGEKNICKTE FUSS) MIT ODER OHNE BETEILIGUNG DER BÄNDER

Hatten Sie schon einmal Schmerzen in den Füßen? Sind Sie schon einmal mit den Fuß umgeknickt und haben Sie eine Schiene getragen? Besitzen Sie Einlagen in den Schuhen oder sind schon im Kindesalter die Füße behandelt worden?

- Ja
- Nein

OPERATIONEN

Mussten Sie schon einmal operiert werden? Gelenk- oder Wirbelsäulenoperationen? Wenn ja, wie waren Ihre Beschwerden vor der Operation? Was war Ihr Beweggrund, die Operation durchführen zu lassen? Gab es Bandscheibenvorfälle in der Hals- oder Lendenwirbelsäule, und wenn ja auf welche Höhe?

- Ja
- Nein

KNOCHENBRÜCHE/FRAKTUREN

Haben Sie sich in Ihrem Leben schon einmal etwas gebrochen?

- Ja
- Nein

KIEFERGELENKSBESCHWERDEN/CMD

Knirschen Sie mit den Zähnen, nachts oder auch tagsüber? Besitzen Sie eine Aufbissschiene und tragen Sie diese regelmäßig? Gab es in der Vergangenheit kieferorthopädische Behandlungen? Haben Sie Zahn- oder Kieferschmerzen? Tragen Sie Zahnersatz, Implantate oder eine Prothese? Hatten Sie schon einmal eine Kiefergelenkssperre, war es Ihnen nicht mehr möglich den Mund zu schließen oder auch zu öffnen?

Ja Nein

BECKENSCHIEFSTAND/BEINLÄNGENDIFFERENZ

Besteht bei Ihnen ein Beckenschiefstand? Sind Sie deswegen schon einmal behandelt worden (von einem Orthopäden oder Osteopathen)? Tragen Sie aufgrund dessen eine Absatz- oder Schuherhöhung? Gab es Erkrankungen wie Osteomyelitis/Ostitis?

Ja Nein

ENDOPROTHESEN/GELENKERSATZ

Hatten Sie schon eine Operation, bei der Ihnen ein künstliches Gelenk eingesetzt worden ist, wie z. B. Hüft- oder Knie TEP (Totalendoprothese)? Wie kam es dazu? Bedingt durch einen Unfall oder durch Verschleiß? Welche Beschwerden haben Sie dazu veranlasst diese Operation durchzuführen?

Ja Nein

HEXENSCHUSS/BANDSCHEIBENVORFALL

Kennen Sie tiefsitzende und quälende Rückenschmerzen oder auch den „Hexenschuss“? Ist bei Ihnen eine Bandscheibenvorwölbung oder sogar ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert worden? Wenn ja, welche Höhe/ welches Segment ist/war betroffen? Hatten Sie neurologische Ausfälle?

Ja Nein

DER NÄCHSTE SCHRITT.

Sollten Sie eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet haben, wäre der nächste Schritt gemeinsam auf die Suche nach dem Auslöser zu gehen. Durch die FOI-Therapie bin ich darauf spezialisiert mit Ihnen wieder einen WEG IN EIN SCHMERZFREIES LEBEN zu finden.

Lieber agieren als reagieren heißt hier die Devise.

Wenn Sie neugierig geworden sind, vereinbaren Sie einen Termin und bringen Sie den ausgefüllten Fragen- Ursachenkatalog mit zum Ersttermin.

Als Patient stehen Sie im Mittelpunkt der Behandlung und gemeinsam werden wir sehen, welche Auslöser Ihre Beschwerden entstehen lassen.

IHRE ANGELA EULNER

Körper & Seele
PHYSIOTHERAPIE

Angela Eulner . Weyertal 46 . 50937 Köln
Fon 0221 390 83 58 . Fax 0221 390 83 59
Mobil 0177 75 25 819 . info@koerperundseelekoeln.de
www.koerperundseelekoeln.de