epcn
ergo·phys·consult·Netzwerk

Eingangsuntersuchung

Therapeut: _____

Sicher, es ist lästig Fragen zu beantworten oder hier und da mal ein Kreuzchen zu machen, doch hilft es uns Sie mit Ihren Beschwerden besser kennenzulernen und somit hilft es uns Sie besser zu behandeln und Ihnen zu helfen. Es ist also auch in Ihrem Interesse! Deswegen bitten wir Sie, sich **5 Minuten** Zeit zu nehmen und diese **Fragen vollständig zu beantworten**. Falls sie nicht weiter wissen, helfen wir Ihnen gerne dabei. Vielen Dank.

1. Patientendaten

Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Tätigkeit ist eher: ☐ stehend ☐ gemischt ☐ sitzend

Wieviel Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Tag? _____

Wieviel Stunden verbringen Sie durchschnittlich pro Tag am Computer? _____

Treiben Sie Sport?

☐ ja
☐ nein

Welchen Sport betreiben Sie? _____

Wie oft betreiben Sie diesen Sport pro Woche? _____

Betreiben Sie ein Hobby?

☐ ja
☐ nein

Welches Hobby haben Sie? _____

Wie oft betreiben Sie dieses Hobby pro Woche? _____

Therapieziel:
(Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?)

_____

_____

(Warum streben Sie dieses Therapieziel an?)

_____

_____

epcn
ergo·phys·consult·Netzwerk

3. Stellungnahme des Patienten

Schmerzintensität
(wie stark empfinden Sie den Schmerz?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-kein Schmerz → 10- max. Schmerz

Wohlbefinden
(allgemein, wie geht es Ihnen? Wie sind Sie so aufgelegt?)

1 2 3 4 5 6

sehr gut — sehr schlecht

4. Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

im Alltag

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-nichts möglich → 10-alles möglich

im Beruf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-nichts möglich → 10-alles möglich

beim Sport

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-nichts möglich → 10-alles möglich

5. Wann schmerzt es?

Anlaufschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-kein Schmerz → 10- max. Schmerz

Belastungsschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-kein Schmerz → 10- max. Schmerz

Ruheschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-kein Schmerz → 10- max. Schmerz

Nachtschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-kein Schmerz → 10- max. Schmerz

Dauerschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-kein Schmerz → 10- max. Schmerz

6. Interessieren Sie sich für Präventions- und Ergonomie Beratung am Arbeitsplatz?

☐ ja, auf jeden Fall
☐ eher ja
☐ eher nicht, weil _____

☐ nein, gar nicht, weil _____

epcn
ergo·phys·consult·Netzwerk

Ausgangsuntersuchung

1. Patientendaten

Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

2. Stellungnahme des Patienten

Schmerzintensität
(wie stark empfinden Sie den Schmerz?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Schmerz → 10-max. Schmerz

Behandlungserfolg?
(in Bezug auf das Therapieziel)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Erfolg → 10-Ziel erreicht

Wohlbefinden
(allgemein, wie geht es Ihnen? Wie sind Sie aufgelegt?)

1 2 3 4 5 6
sehr gut — sehr schlecht

3. Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

im Alltag

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-nichts möglich → 10-alles möglich

im Beruf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-nichts möglich → 10-alles möglich

beim Sport

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-nichts möglich → 10-alles möglich

4. Wann schmerzt es?

Anlaufschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Schmerz → 10-max. Schmerz

Belastungsschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Schmerz → 10-max. Schmerz

Ruheschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Schmerz → 10-max. Schmerz

Nachtschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Schmerz → 10-max. Schmerz

Dauerschmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0-kein Schmerz → 10-max. Schmerz

5. Welche Präventionsangebote oder Massnahmen am Arbeitsplatz finden Sie interessant?

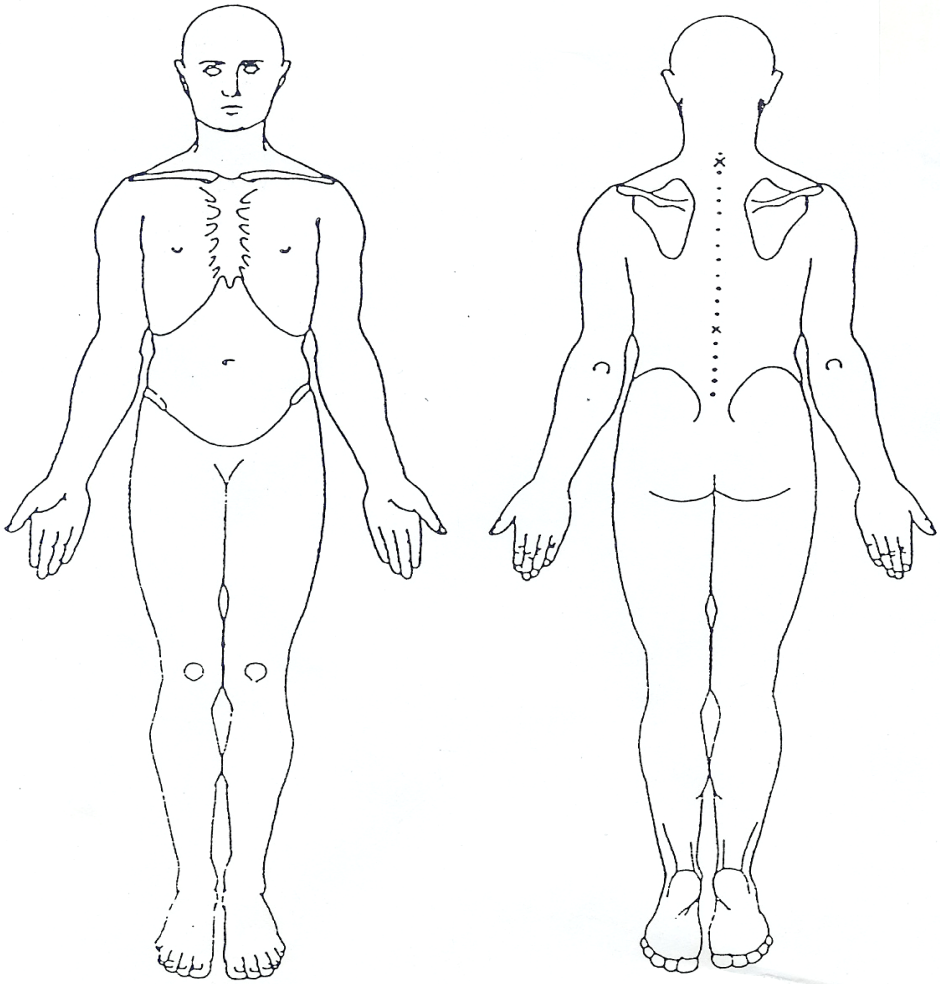
- ☐ Herz-Kreislauf
- ☐ Gewichtsreduktion
- ☐ Rückentraining am Arbeitsplatz
- ☐ Stressbewältigung am Arbeitsplatz
- ☐ Arbeitsplatz Beratung
- ☐ Augen Belastung am Arbeitsplatz

epcn
ergo·phys·consult·Netzwerk

Erfassungsbogen

Datum :

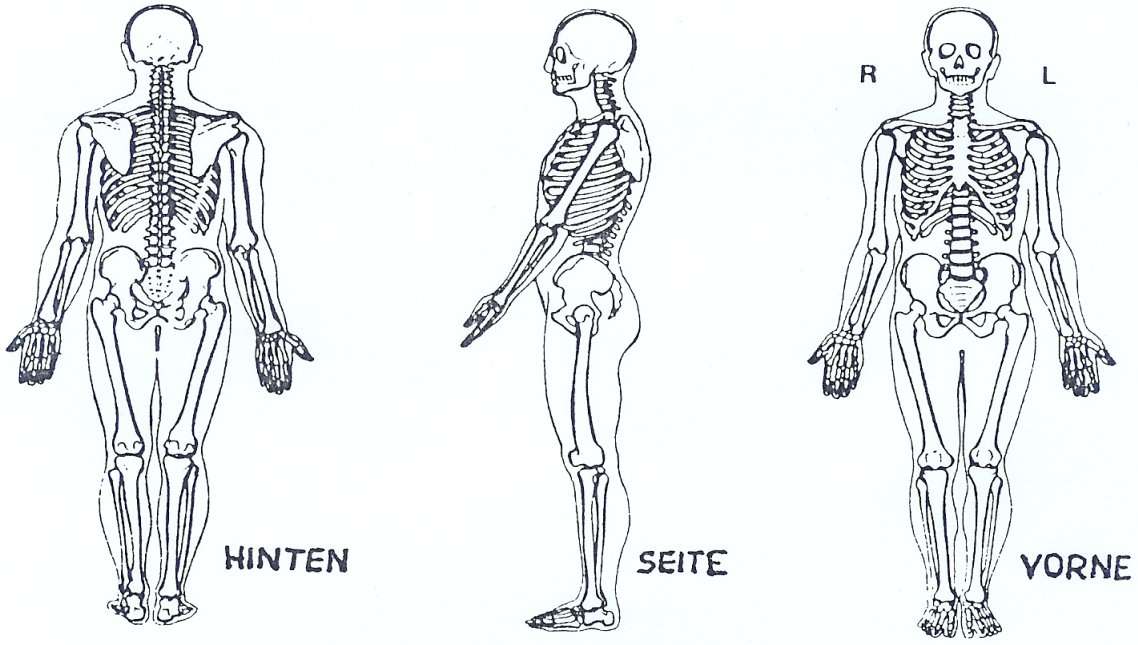
Schmerz Darstellung



Körperfunktion (Impairment)	Aktivität (disability)	Partizipation (handicap)

epcn
ergo·phys·consult·Netzwerk

Befund Darstellung



Therapievorschlag

Anfang	
Jetzt	
Verschiedenes	