

Schilddrüsenfehlfunktion

Zinkmangel (beteiligt u.a. an Melatoninsynthese)

Ernährung

DGE Empfehlung 400- 600 gr. Fleisch/Wo

(Einfluss Körpergewicht,

Säure- Base-Haushalt)

Vitaminmangel ( Vit. B 1, 6, 12, C, u.a)

|  |
|--|
| Labor (Arzt) o.B.                                |
| Serumzink o.B (Arzt)                             |
| Neu: Elemente                                    |
| Ernährung v. Arzt                                |
| Hat umgestellt, wird<br>eingehalten              |
| Physioth. nicht prüfbar,<br>ärztl. nicht geprüft |
|  |
|  |



## **Anhang (6) Praxis-Tabelle 2: Behandlungsplan**

Siehe externe Anlage in separater Datei, bitte hier einfügen



**Anhang (7):** Praxis-Tabelle 3: Fremd-Konsulte

zu Kapitel: 4.7.4 Co-Behandlungen/Konsultationen

| Behandler  | Maßnahme   | Einfluss<br>Symptomatik   | Anla<br>-ge |
|--|--|---|-------------|
| Psychosomatik<br>(Überweisung TA)<br>Sportpsych. Praxis<br>TCM<br>Chiropraktor | Chiropraktik, Akupunktur<br>14-tägig, Wachhypnose  | Änderung<br>Schmerzqualität<br>stechend zu<br>dumpf,<br>deutliche<br>Empfindungen bei<br>Akup. ,<br>rezidivierend | 15          |
| Truppenärztin (TA)<br>(SP<br>Naturheilkunde)                                   | Elemente-Ernährung<br>Baseninfusionen (Eu-ru-<br>Bibag), Vit C<br>Neuraltherapie   | hilfreich<br>keine<br>unklar  | -           |
| Neurochirurg<br>(Überweisung der<br>TA)  | Infiltration ISG<br>Infiltration L 5 /S1<br>Befundungen: Keine OP<br>Indikation akut   | Keine<br>60 Min.<br>Hauttaubheit  | 11          |
| Heilpraktiker<br>(eigener Konsult)   | Gelum-Tropfen <sup>74,75</sup><br>3x tgl. 2 ml<br>(entsäuernd)<br><br>Eleu-Curanina-Tropfen <sup>76</sup><br>(Einleitung<br>Regenerationsstoffwechsel<br>) | hilfreich<br>Verdauung<br>verbessert<br>AZ gebessert<br>Weniger<br>Schmerzen                                      | -           |

<sup>74</sup> Burkard, T. et al., 2013, Seite 352-8.<sup>75</sup> Neumann et al., 2000, GD.<sup>76</sup> „Adaptogene Heilpflanzen“, Produktinfo 2018, GD.

2 x tgl. 30 Tro.

Verzicht auf  
Schmerzmedikatio  
n  
Weniger erschöpft  
Regenerationszeit  
verkürzt



## Anhang (8): Praxis-Tabelle Hausaufgaben Patient

| Übung   | Wiederholungen                   | Ziel/<br>Intention  | Begründung   | Behandlung<br>s<br>beginn<br>Termin: |
|---|----------------------------------|---|--|--------------------------------------|
| Auto-Mob. des S n. Dorn in RL mit Handtuchrolle unter caudalem Spol                                 | Tgl.                             | Waden werden parallel zur Unterlage geführt aus 90 ° Knie und Hüftflex um ca 10cm n. cranial und caudal | Durch Eigengewicht auf fester Unterlage Mobilisiert das Sacrum mit den ISg Bewegungen in die S-Aufrichtung | 1                                    |
| Piriformisübung Laut Anlage (Variationen)   |                                  | Schmerzlinderung  | Ischias-entlastung   | 2                                    |
| Turmpringer-Übung (Scapulagleiten gegen Widerstand, Konzentrisch/exzentrische Aktivität, hier 5 KG) | 3- 5 Sätze Je 15-20 WH           | Druckentlastung an L 5 /S 1,  | Unterstützung der Rehydrierung   | 3                                    |
| Hockerliegestütz  | 3 x 10 WH Tgl. aus Vordehnung    | Verbesserung sternosymphysialer Annäherung  | Entlastung der Wirbelsäule   | 2.                                   |
| Faszienrolle Ganze ORL  | Tgl. 10 Min.                     | Adaptionsfähigkeit der ORL Anpassung an Physiolog. Sacrum   | Nach R. Schleip  | 4                                    |
| Wadendehnung An der Stufe   | Tgl.3x 60 Sek. + vor /nach Sport | Verspannungen, Verkürzung lösen, Fasziale   | Triggerpunkte, Störungen der Durchblutung  | 5                                    |

|   |   | Adhäsionen<br>löse, Aufdehnen  |  |      |
|---|---|--|--|------|
| „Liegen nur liegen“ <sup>77</sup>   |   | Entspannung<br>/Wohlspannung   | Somatisierungs-<br>regulation<br>Stressresilienz<br>verbessern   | 6    |
| CV 4 Eigen-<br>behandlung   |   | Aufhellung<br>Stimmung<br>Vagus-<br>stimulation                                    | Verbesserte<br>Sekretion<br>intracranialer<br>Hohlorgane<br>(z.B. Oxytocin)  |      |
| Basenbad<br>15-20 Min<br>PH 8, 5<br>Natronlösung/<br>Natriumbi-<br>karbonat<br>Kaffee<br>reduzieren               | 2 x wö.   | Schnelle<br>Entsäuerung <sup>78</sup><br>Der EZM                                   | Pädagogik:<br>AHA-Effekt<br>durch Vorher-<br>Nachher<br>Messung  | alle |
|   | Tgl. bis 4<br>Tassen,<br>von<br>Nahrung<br>getrennt | Nährstoff-<br>Resorption:<br>Muskelstoff-<br>wechsel<br>verbessern                 |  | 5.   |
| Trinken<br>Zimmertemperiertes<br>,<br>CO-2 freies<br>Wasser,<br>mineralienreich<br>Omega 3 Fetts.,<br>Zink, Vit C | Tgl.<br>Min. 3<br>Liter,<br>verteilt<br>ü.d. Tag    |  |  | 1.   |
|   | Tgl.  | Reparatur<br>Bindegewebe   | Bereitstellung<br>Vitamine<br>/Spurenelemente<br>/<br>Nährstoffe<br>für optimale<br>Versorgung,<br>damit der Körper<br>s. Autoregulation<br>im Zeitfenster | 1.   |
| Es sich gut<br>gehen lassen   | Tgl.<br>mind. 5<br>Minuten<br>Für sich<br>selbst    | Trophotrophie<br>unterstützen,<br>Vagus<br>stimulieren,<br>limbische<br>Komponente | Selbstwirksamkei<br>ts-erfahrung<br>stärken,<br>limbisch<br>gesteuertes<br>Belohnungssyste<br>m<br>anregen   | 3.   |

<sup>77</sup> Tanzberger, R., 2004, Seite 345.

<sup>78</sup> Worlitschek, M., 2015, GD.



**Praxis für Physiotherapie, Naturheilkunde & Osteopathie**

84489 Burghausen

Tel.:  
Fax:

**Eigenübungen**

Für \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ .1981:

Ziel: Erhaltung und Verbesserung der Beweglichkeit: Hüftgelenk, Dehnung M. Piriformis  
Übung: Mobilisation der Hüfte in die Anstellung 1

Position 1



**Ausgangsstellung:**

Sitz auf dem Boden.

**Übungsablauf:**

Legen Sie das zu trainierende Bein in einer 45-Grad-Beugung vor Ihrem Körper ab, die Ferse zeigt nach innen. Das andere Bein strecken Sie nach hinten aus.

Position 2



**Übungsablauf:**

Drehen Sie den Oberkörper langsam in Richtung des vorderen Beines.

Position 3



**Übungsablauf:**

Neigen Sie jetzt den Oberkörper leicht nach vorne. Spüren Sie die Dehnung auf der Außenseite des Gesäßes.

Bewegen Sie sich anschließend langsam in die Ausgangsstellung zurück.

Anzahl / Wiederholungen / Zeit: Dehnung 45-60 Sekunden, mehrmals tgl. 3 WH

Anmerkungen: Dehnungsvariation für u.a. M. piriformis links

# Anhang (9): Praxis- Befund PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, anonymisiert

### Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

**1** Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

|  | Nicht beeinträchtigt                | Wenig beeinträchtigt                | Stark beeinträchtigt                |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Sorgen über Ihre Gesundheit   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebenspartnerin, Freundin/Freund  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| g. Finanzielle Probleme oder Sorgen  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von früher oder Träume darüber<br>- z. B. die Zerstörung des eigenen Homes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sonstige Handlung unter Zwang | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

**2** Sind Sie im letzten Jahr gewaschen, getrieben oder ansonst von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?

NEIN  JA

**3** Was belastet Sie zu Zeit in Ihrem Leben am meisten? Berufssituation

NEIN  JA

**4** Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

NEIN  JA

**5** Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

| Monatsblutung ist unverändert | Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt | Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert | Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr | Monatsblutung bei Normalregelmäßigkeit (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille |
|-------------------------------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>  |

b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung zusätzliche Probleme mit Ihrer Stimmung - z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?

NEIN (oder trifft nicht zu)  JA

c. Wenn „JA“: Verschwanden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?

d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?

e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?

f. Haben Sie Schwangerschaften, schwanger zu werden?

### Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: \_\_\_\_\_ Alter: 37 Geschlecht: weiblich  männlich  Datum: 13/09/18

**1** Wie stark fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

|   | Nicht beeinträchtigt                | Wenig beeinträchtigt                | Stark beeinträchtigt                |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Bauchschmerzen   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| b. Rückenschmerzen  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)       | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Menstruationsbeschwerden oder andere Probleme mit der Menstruation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| f. Kopfschmerzen  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. Schmerzen im Brustbereich  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| h. Schwindel  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| i. Ohnmachtsanfälle   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| j. Herzklappen oder Herzrasen   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| k. Kurzatmigkeit  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

**2** Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

|   | Überhaupt nicht                     | An einzelnen Tagen                  | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag                   |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Niedergeschlagenheit, Schammut oder Hoffungslosigkeit  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Schwereitaten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. Wären Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder spüren Sie im Gelenk „zappelig“ oder ruckelig und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungswiderstand als sonst? | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>            |

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

### Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

**3** Fragen zum Thema „Angst“

|  | NEIN                                | JA                       |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.</b>   |                                     |                          |
| b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren? | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |

**4** Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstfall.

|  | NEIN                                | JA                                  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Bekamen Sie schlecht Luft?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklappen oder unregelmäßiges Herzschlag?                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| d. Haben Sie geschwehrt?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| f. Hatten Sie Hitzeausbrüche oder Kälteschauer?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| h. Fühlten Sie sich schwinnelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| j. Zitterten oder bebten Sie?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

**5** Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

|   | Überhaupt nicht          | An einzelnen Tagen       | An mehr als der Hälfte der Tage     |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| a. Nervosität, Anspannung, Anspannung oder übermäßige Besorgnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.**

|   |                          |                                     |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillstehen schwer fällt                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| c. Leichte Ermüdbarkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

### Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

**6** Fragen zum Thema „Essen“

|   | NEIN                                | JA                                  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, was und was Sie essen?                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß beschreiben würden? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <b>Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 8.</b>  |                                     |                                     |
| c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?                     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

**7** Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

|   | NEIN                                | JA                       |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Getastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie sie eben beschrieben (für oder für) gegessen haben? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8** Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ ankreuzt haben, kann eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

|   | NEIN                     | JA                                  |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. Getastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie sie eben beschrieben (für oder für) gegessen haben? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**9** Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

**Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.**

**10** Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

|  | NEIN                     | JA                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verleckt“? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verleckt“ waren?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11** Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, gehen Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

|  | Überhaupt nicht erschwert | Etwas erschwert          | Relativ stark erschwert  | Sehr stark erschwert                |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |


Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipf und M. Herzig, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalliteratur: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer



Anhang (10): Externer Befund: ISG Bechterew-Ausschluss, anonymisiert

|              |               |           |
|--------------|---------------|-----------|
| G-Kartei     | 11. JUNI 2018 | Beh. Raum |
| Heilfürsorge | ZaGrp         | Rn        |



**RADIOOZ**  
RADIOLOGIE KOMPETENZ ZENTRUM

Röntgendiagnostik  
Computertomographie (CT)  
Kernspintomographie (MRT)  
Mammographie  
Sonographie  
Osteodensitometrie

RADIOOZ Radiologie Kompetenz Zentrum, Riedelstr. 5, 83435 Bad Reichenhall

Nachrichtlich an

[Redacted]

Datum: 11.06.2018

**Patient:** [Redacted]

Sehr geehrte Kollegen, vielen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten.

**Klinische Angaben:**  
V.a. Morbus Bechterew

**ISG vom 11.06.2018:**

**Befund:**  
Die ISG-Fugen scharf zu demarkieren, keine umschriebenen Destruktionszonen, keine knöcherne Durchbauung.

**Beurteilung:**  
Kein Nachweis eines für den Morbus Bechterew typischen bunten Bildes der ISG-Fugen.

Mit freundlichen Grüßen

*R. Graber*

R. Graber

160481-0-60511

Radiologische Gemeinschaftspraxis  
Kramer / Graber / Piro  
Service-Telefon 0700 72 34 66 90  
info@radiooz.de | www.radiooz.de

RADIOOZ im Kreis-Klinikum Freilassing | Vinzenzstraße 56 | 83395 Freilassing  
RADIOOZ im Kreis-Klinikum Bad Reichenhall | Riedelstraße 5 | 83435 Bad Reichenhall  
RADIOOZ im Kreis-Klinikum Berchtesgaden | Locksteinstraße 16 | 83471 Berchtesgaden