

Sehr geehrte Patienten,

Dieser Fragebogen dient uns als Ergänzung zum Erstgespräch.

Bitte füllen Sie diesen mit bestem Wissen und Gewissen aus.

Er gibt uns wichtige Hinweise darauf ob ihre Beschwerden physiotherapeutisch sinnvoll und effizient zu beeinflussen sind oder ob es eine genauere medizinische Abklärung notwendig erscheint. Der Fragebogen gibt uns Informationen zu ihrem aktuellen Gesundheitsproblem und ihrem allgemeinen Gesundheitsbefinden.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen. Offene Fragen besprechen wir dann gerne in der Therapie.

Ihre persönlichen Angaben sind uns wichtig und unterliegen deswegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Bitte lassen Sie uns, wenn möglich, den Fragebogen schon vorab zukommen damit wir uns besser vorbereiten können.

Vom Therapeuten oder der Rezeption auszufüllen!!

Eingangsdatum: _____ Erster Behandlungstermin: _____

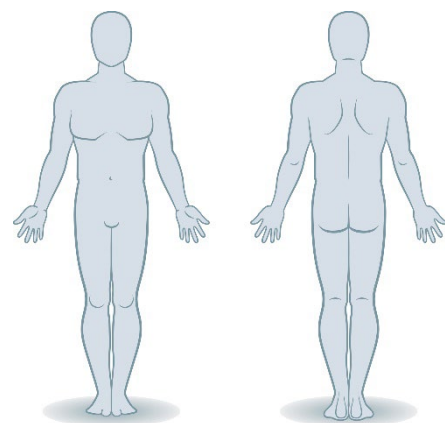
Dieser Fragebogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich Fachpersonal al Hilfsmittel im Screening und Untersuchungsprozess. Die Benutzung erfolgt ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Ziffer Ja Nein

Aktuelles gesundheitliches Hauptproblem

- 1 Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben sie diese kurz:



- 2 Bitte kreisen Sie die Zahl auf der neben stehende Skala ein, die Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden beschreibt:



- 3 Treffen folgende Symptome auf Sie zu?
 Kribbeln Taubheitsgefühle Lähmungserscheinungen Spastiken

Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden: _____

- 4 Kam es zu einer massiven Verschlechterung ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen

- 5 Gibt es einen Grund/ ein Ereignis dafür:

Ziffer Ja Nein

- 6 Wann haben Sie Schmerzen?
 In Ruhe In Bewegung Nachts permanent/ täglich
- 7 Gibt es eine Bewegung die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, heben, bücken, aufrichten? Bitte auflisten:
- _____

Allgemeiner Gesundheitszustand und Informationen

- 8 Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
- 9 Welche/n Beruf/e üben Sie aus: _____
- 10 Sind Sie sportlich aktiv, wenn ja welche Sportart: _____
- 11 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?
- 12 Sind Sie in ärztlicher/ therapeutischer Behandlung?
- 13 Leiden Sie an:
 Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Erbrechen Schluckbeschwerden
- 14 Wurden bei ihnen Herzprobleme festgestellt?
- 15 Leiden Sie unter häufigen Infekten (häufiger als 5x im Jahr)?
- 16 Leiden Sie unter Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung?
- 17 Kommen Sie schnell außer Atem und sind weniger leistungsfähig?
- 18 Sind Sie Schwanger? (Für Frauen)
- 19 Wurden Sie in den letzten Jahren operiert?
Wenn ja, bitte Art der OP und Jahr eintragen: _____
- _____

- 20 Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?

Wenn Ja:

Medikament/ Präparat	Für was?	Seit

- 21 Sind bei ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:
 Diabetes HIV/ AIDS Krebs Störungen der Schilddrüse Arteriosklerose
 Tuberkulose Osteoporose Blutgerinnungsstörungen Organstörungen
 Hepatitis neurologische Erkrankungen Hormonstörungen Tumor Rheuma
 Schlaganfall Parkinson Polyneuropathie Thrombose Gürtelrose MS

Gibt es sonst noch etwas, was wir vergessen haben oder Sie uns im Zusammenhang mit ihren Beschwerden mitteilen möchten?

Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Datum und Unterschrift!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Dieses Dokument ist auch mit digitaler Unterschrift gültig