

Patientenfragebogen Physiotherapie B.Bosle/I.Voosen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

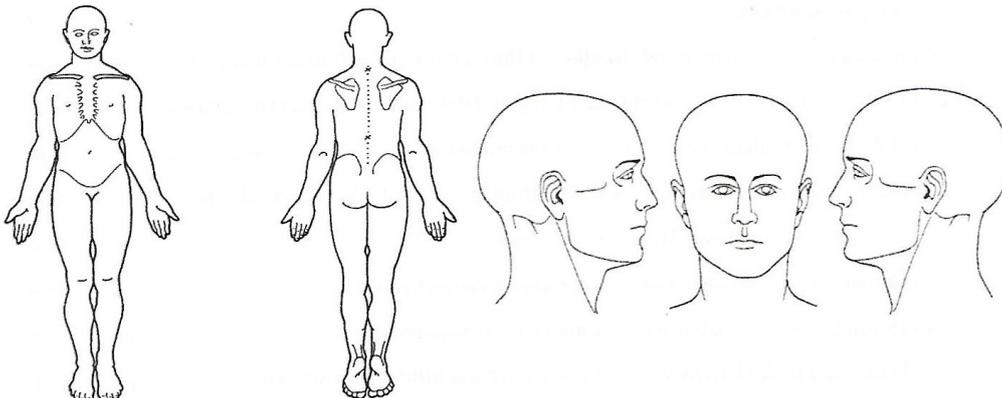
Telefon Mobil: _____ Email: _____

Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat / Beihilfe

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____ Hausarzt: _____

Um die Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten, arbeiten wir nach einem Bestellsystem. Sollten Sie einen mit uns vereinbarten Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, den Termin so früh wie möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen. Nur so sind wir in der Lage, die für Sie reservierte Zeit anderweitig zu verplanen. Aus Gründen der Fairness möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Ihnen eine Ausfallrechnung auf Grundlage der maßgebenden Gebührenliste Ihrer Krankenkasse gestellt werden kann, sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen.

Datum, Unterschrift: _____



- 1.) Wo haben Sie Ihre Probleme? Bitte einzeichnen
- 2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

3.) Was bereitet Ihnen im **Alltag** Beschwerden?

- 4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? Ja / Nein
- 5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbeln / Taubheit)? Ja / Nein

6.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? Ja / Nein

7.) Wie **lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?

8.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall, etc.)?

9.) Was verbessert Ihre **Beschwerden**? (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen,

10.) Was **verschlechtert** Ihre **Beschwerden** (siehe oben)?

11.) Wie stark sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximal

12.) Wie stark sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximal

13.) Haben Sie Ihre **Beschwerden** (bitte einkreisen): permanent / mit Unterbrechungen

14.) Sind Ihre **Beschwerden** (bitte einkreisen): gleich bleibend / besser werdend / verschlechternd

15.) Haben Sie **Schmerzen** bei (bitte einkreisen): Husten / Niesen / Pressen / Schlucken?

16.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? Ja / Nein

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? Ja / Nein

18.) Sind Sie **schwanger**? Ja / Nein

19.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht, Schluckstörungen**? Ja / Nein

20.) Haben Sie eine dieser Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? Ja / Nein

21.) Haben Sie Probleme mit **inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung,...)? Ja / Nein

22.) Haben Sie weitere Erkrankungen (Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein,...)? Ja / Nein

23.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? Ja / Nein

24.) Hatten Sie jemals einen **Tumor oder eine Krebserkrankung**? Ja / Nein

25.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? Ja / Nein

26.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? Ja / Nein

27.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle und/oder Operationen**? Ja / Nein

Welche? _____

28.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? Ja / Nein

Welche? _____

29.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik / Therapie** wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)?

Röntgen, CT, MRT, Spritze, Massage Physiotherapie, Anderes:

Welche? _____