

Sehr geehrte Patienten,

Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen.

Er ist Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.
Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Vom Therapeuten auszufüllen!

Eingangsdatum:

Erster Behandlungstermin:

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

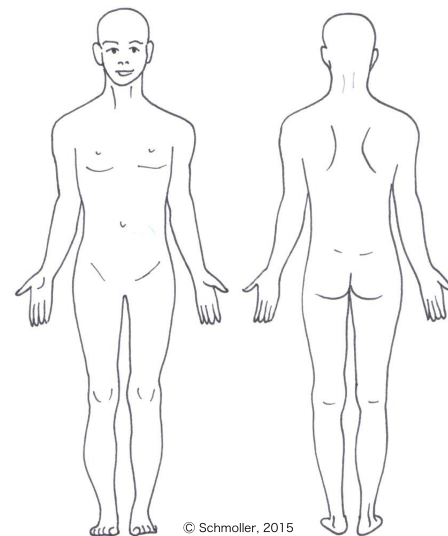
Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Ja Nein

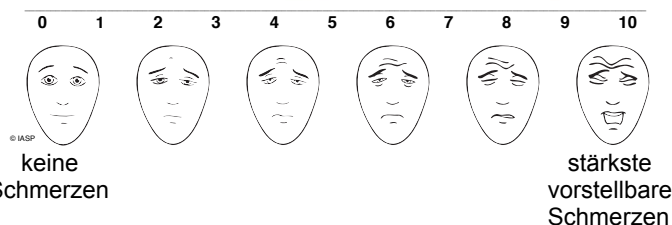
- 1 Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: w m
- 2 Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
- 3 Haben Sie Fieber oder erhöhte Temperatur?
- 4 Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Falls ja, weshalb: _____

- 5 Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden: _____
- 6 Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?
- 7 Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde?
Kurze Beschreibung: _____
- 8 Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?
- 9 Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?
- 10 Haben Sie Nachtschmerzen?
- 11 Sind Ihre Beschwerden unabhängig von Bewegung und/oder Haltung?
- 12 Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können?
Welche? _____
- 13 Treffen folgende Symptome auf Sie zu?
 Kribbeln Taubheitsgefühle Lähmungserscheinungen Spastiken

- 14 Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



- 15 Bitte geben Sie auf der neben stehenden Zeichnung Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 24 Stunden an.



- 16 Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?
- 17 Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- 18 Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können? Welchen: _____

Ja	Nein
----	------

- 19 Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:
- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Organstörungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> Drüsenstörungen | <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | | |

- 20 Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?

Medikament / Präparat	Grund der Einnahme	Seit

- 21 Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?

Wenn ja welche und in etwa wann:

- 22 Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)

- 23 Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?

- 24 Sind Sie Drogen-, Alkohol-, oder Medikamentenabhängig?

- 25 Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg / Diastolisch > 90 mmHg) _____ / _____

- 26 Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- 27 Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?

- 28 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?

- 29 Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?

- 30 Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?

- 31 Kommt es zu Kraftverlust in Armen oder Beinen?

- 32 Gab es in Ihrer Familie Fälle von:

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

33

Gibt es sonst noch etwas was Sie im Zusammenhang mit ihrer Krankheit mitteilen möchten?
Wenn ja, was?

Erklärung

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

Unterschrift

Ergänzungen des Physiotherapeuten

Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

Datum

Unterschrift, Patient

Unterschrift, Therapeut