

Patientenfragebogen

Bitte nehmen Sie sich einen Moment zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Er hilft uns dabei, Sie besser kennenzulernen um die physiotherapeutische Betreuung perfekt auf ihre Bedürfnisse abstimmen zu können.

Vorname

Nachname

Straße

Plz/Ort

Telefon

Email

Geburtsdatum

Beruf

Hausarzt

Krankenversicherung

- Gesetzlich Versichert Privat Versichert Zusatzversicherung Selbstzahler

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Ich habe **keine** Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Ich habe aktuell Beschwerden. Bitte hier angeben:

Seit wann bestehen die Beschwerden und sind diese schon häufiger Aufgetreten?

- Seit ein paar **Tagen** Seit ein paar **Monaten** Seit über einem Jahr und/oder länger

DIM.DE THERAPY

PHYSIOTHERAPEUT | HEILPRAKTIKER (PT)



Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung oder haben selbst etwas dagegen unternommen?

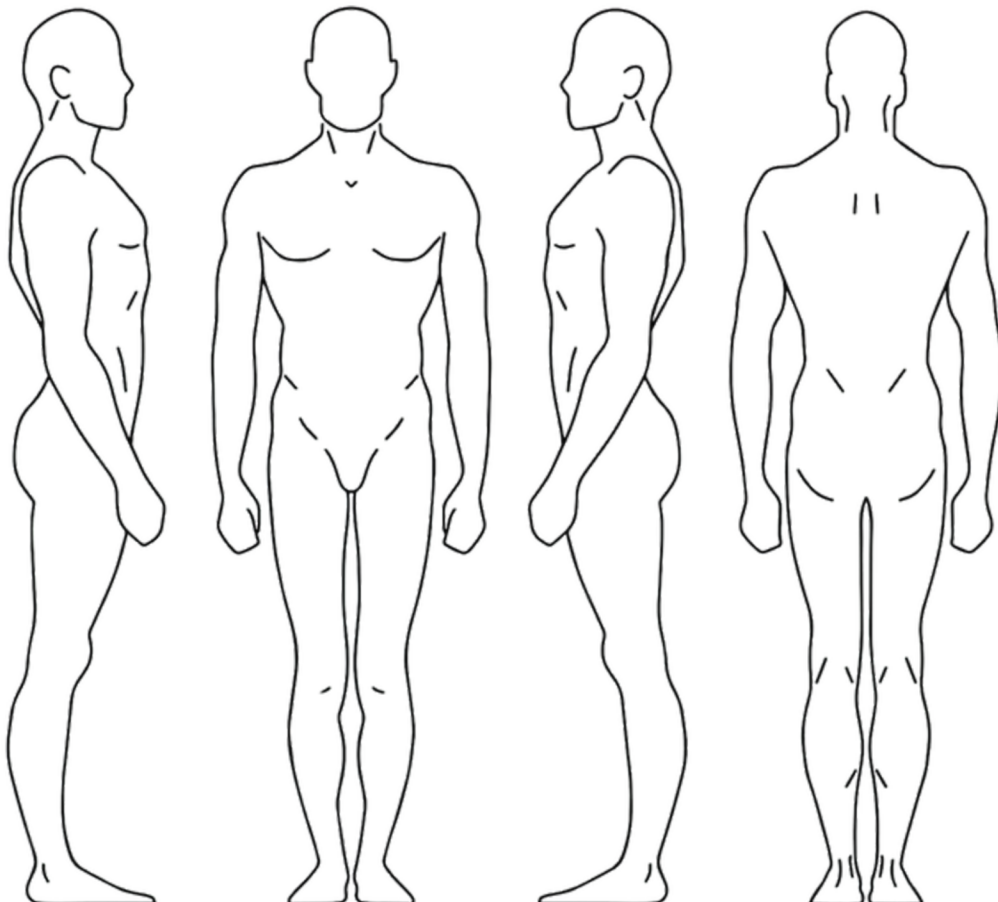
Nein

Wenn ja, wo/was: _____

Wann treten die Beschwerden auf? Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die diese hervorrufen?

Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die eine Besserung der Beschwerden bewirken?

Bitte markieren Sie ihre schmerzhaften Regionen





Gibt es in Ihrem Leben folgende Ereignisse? Bitte ankreuzen, Art und Datum angeben.

- Unfall _____
- Operationen _____
- Knochenbrüche _____
- Künstliche Gelenke _____
- Bänder-, Sehnen oder Muskelrisse _____
- Bandscheibenvorfälle _____
- Andere schwerwiegende Erkrankungen _____
- Allergien _____
- Einlagen _____
- Kieferorthopädische Maßnahmen _____
- Osteoporose _____
- Krebs oder Tumore _____
- Gleitwirbel _____
- Autoimmunkrankheiten Gefäßerkrankungen Implantate (Platten, Schrauben, etc.)

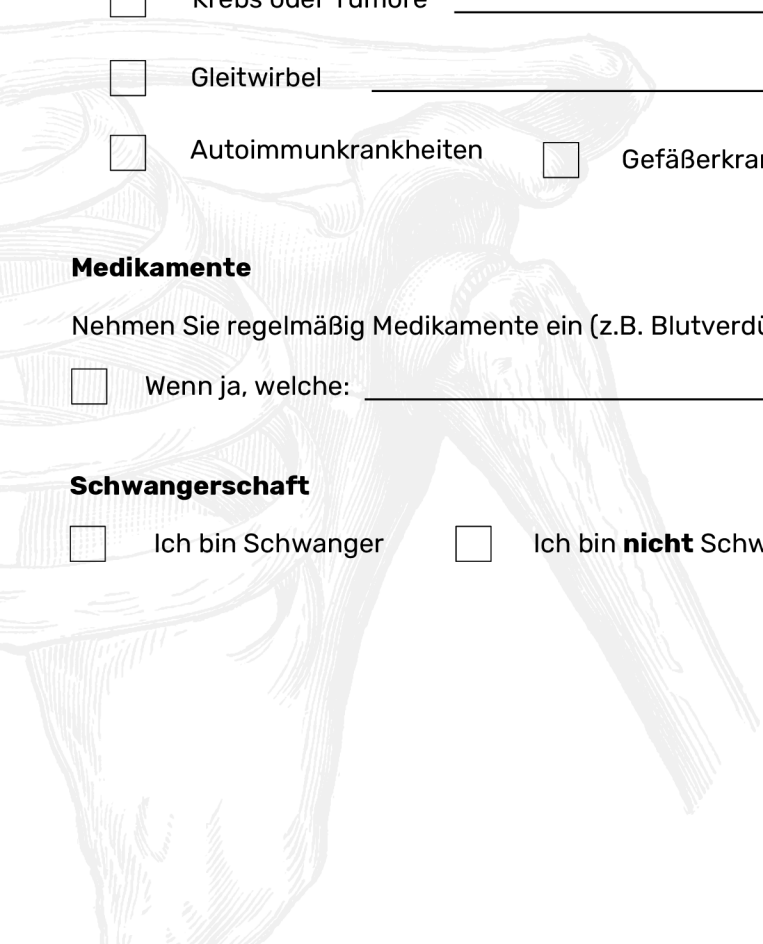
Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Blutverdünner, Schlaftabletten, Entzündungshemmer, Cortison o.Ä.)?

- Wenn ja, welche: _____

Schwangerschaft

- Ich bin Schwanger Ich bin **nicht** Schwanger





Zeigen Sie eines der genannten Symptome?

- Leistungsabfall Herzrasen / Herzrhythmusstörung dauerhafter Kopfschmerz
- Bluthochdruck Niedriger Blutdruck Schwindel/Sehstörung
- Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B Krampfadern, Arteriosklerose o.Ä.)
- Gewichtsverlust Appetitlosigkeit Stuhlveränderungen Urinveränderung
- Schlafstörungen Erhöhte Temperatur Antriebslosigkeit Verspannungen

Leiden Sie derzeit an einer der folgenden Störungen von Stoffwechsel, Hormonsystem oder innerer Organe:

- Diabetes Mellitus Cushing Syndrom Fettstoffwechselstörung
- Störungen der Schilddrüse Nierenerkrankung Gicht
- Erkrankung der Nebennieren Lebererkrankung
- Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B. Krampfadern, Arteriosklerose o.Ä)

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen?

- Keinen Ich treibe ab und zu Sport Welchen? _____

Bei welchem der folgenden Punkte können wir Sie noch unterstützen, bzw. wo sehen Sie aktuell den größten Handlungsbedarf?

- Atlas Korrektur Krafttraining / Trainingsplan Übungen für den Alltag

Dürfen bei der Behandlung Videoaufnahmen zu Schulungszwecken gemacht und/oder diese auf den Social Media Plattformen veröffentlicht werden?

- Ja Nein

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten

DIMI.DE THERAPY

PHYSIOTHERAPEUT | HEILPRAKTIKER (PT)

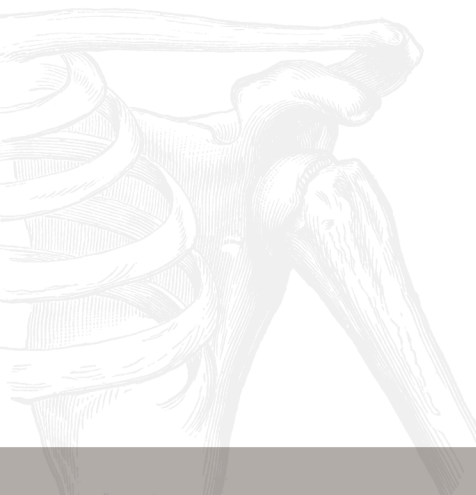


Befundung

Name des Patienten: _____

HWS-Sicherheitstest o.B. Ja Nein

Notizen



Öffnungszeiten