Patientenfragebogen Physiotherapie

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

NAME

VORNAME

STRAßE

PLZ / ORT

TELEFON

E-MAIL

GEBURTSDATUM (TT/MM/JJ)

BERUF

WOHER KENNEN SIE UNS?

Krankenversicherung

☐ Gesetzlich Versichert ☐ Privat versichert ☐ Zusatzversicherung ☐ Selbstzahler

Welche dieser Tätigkeiten kommt vorwiegend in ihrem Alltag vor?

☐ Sitzen ☐ Stehen ☐ Mischung

Was ist der Grund für ihren Praxisbesuch?

(Bitte hier den Grund angeben)

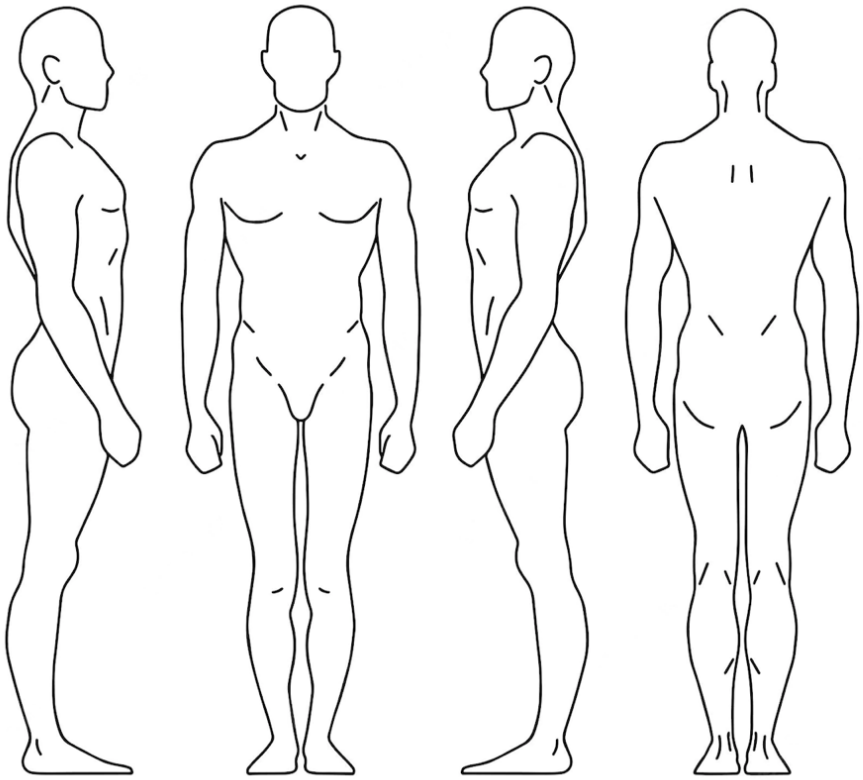
Seit wann bestehen ihre Beschwerden und sind diese ihn ihrem Leben bereits mehrmals aufgetreten?

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

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:

- [ ] Unfall, wenn ja wann und was? _____
- [ ] Operationen, wenn ja wann und was? _____
- [ ] Knochenbrüche? Wenn ja welche? _____
- [ ] Künstliche Gelenke, wenn ja wo? _____
- [ ] Ausgekugelte Gelenke? _____
- [ ] Bänder-, Sehnen oder Muskelrisse? _____
- [ ] Bandscheibenvorfälle? _____
- [ ] Andere schwerwiegende Erkrankungen? _____
- [ ] Allergien, wenn ja welche? _____
- [ ] Tragen sie Einlagen oder haben sie jemals Einlagen getragen?
- [ ] Kieferorthopädische Maßnahmen?
- [ ] Osteoporose?
- [ ] Krebs?
- [ ] Gleitwirbel?
- [ ] Autoimmunkrankheiten?
- [ ] Gefäßerkrankungen?

Medikamente

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

- [ ] Ja, folgende: _____

Schwangerschaft

- [ ] Ich bin Schwanger
- [ ] Ich bin nicht Schwanger

Sport

- [ ] Ich treibe Sport, wenn ja, welchen und wie viel? _____
- [ ] Keinen

Zeigen Sie eines der genannten Symptome?

- [ ] Leistungsabfall
- [ ] Gewichtsverlust
- [ ] Appetitlosigkeit
- [ ] Stuhlveränderung
- [ ] Starker Durst
- [ ] Urinveränderung
- [ ] Schlafstörung
- [ ] Nachtschweiß
- [ ] Husten und Auswurf
- [ ] Erhöhte Temperatur
- [ ] Herzrasen / Herzrythmusstörung
- [ ] Verdauungsstörung
- [ ] Regelmäßiger Kopfschmerz
- [ ] Antriebslosigkeit
- [ ] Verspannungen

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

- [ ] Diabetis Mellitus
- [ ] Cushing Syndrom
- [ ] Fettstoffwechselstörung
- [ ] Störungen der Schilddrüse
- [ ] Nierenerkennung

- [ ] Erkrankungen der Nebennieren
- [ ] Gicht
- [ ] Lebererkrankung
- [ ] Bluthochdruck
- [ ] Niedriger Blutdruck
- [ ] Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B. Krampfadern, Arteriosklerose o.Ä.)

Wenn ja, welche? _____

- [ ] Herzerkrankung
- [ ] Erkrankungen des Nervensystems

Wenn ja, welche? _____

- [ ] Schwindel
- [ ] Sehstörung

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

- [ ] Atlas Korrektur
- [ ] Krafttraining / Trainingsplan
- [ ] Hilfestellung bei Übungen für den Alltag
- [ ] Sonstiges: _____

Dürfen bei der Behandlung Videoaufnahmen zu Schulungszwecken gemacht und/oder diese bei Instagram veröffentlich werden?

- [ ] Ja
- [ ] Nein

_____ _____

Datum, Ort **Unterschrift des Patienten**