

## Patientenfragebogen Physiotherapie

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

\_\_\_\_\_  
Woher kennen Sie uns?

### 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

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

Nein  Wenn ja, wo/was: \_\_\_\_\_

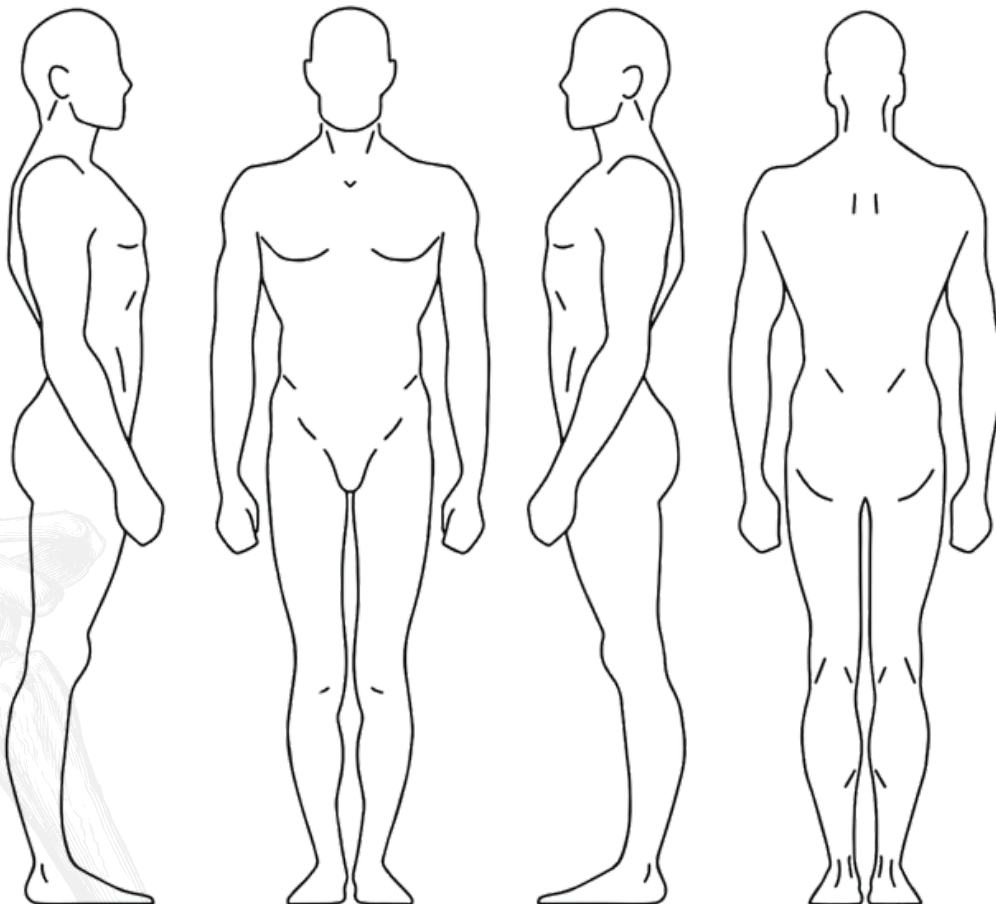
Wann treten die Beschwerden auf? Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die diese hervorrufen?

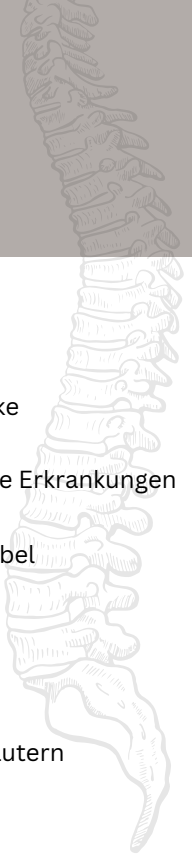
\_\_\_\_\_

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.**

- Unfall     Operationen     Knochenbrüche     Künstliche Gelenke
- Bänder, Sehnen oder Muskelrisse     Bandscheibenvorfall     Andere schwerwiegende Erkrankungen
- Allergien     Osteoporose     Autoimmunkrankheiten     Gleitwirbel
- Gefäßerkrankungen     Kieferorthopädische Maßnahmen

Wenn Sie eines der oben genannten Felder angekreuzt haben, tragen Sie hier bitte das Datum ein und erläutern Sie es genauer:

---

**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

Erkrankung der Nebennieren     Gicht     Lebererkrankung

Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B. Krampfadern, Arteriosklerose o.Ä)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Sportliche Tätigkeiten

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen?

Keinen     Ich treibe ab und zu Sport

Regelmäßig und zwar: \_\_\_\_\_

**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 bei Instagram veröffentlicht werden?**

Ja     Nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

