

Patientenfragebogen Physiotherapie

Liebe/r Patient/in,

dieser Fragebogen dient der Information für eine fundierte physiotherapeutische Behandlung.
Alle Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Um einen reibungslosen Ablauf zu unterstützen wäre es günstig, diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung zu bearbeiten, indem Sie ihn über unsere Internetseite herunterladen oder 15 Minuten vor Behandlungsbeginn im Wartezimmer ausfüllen.

Allgemeine Daten:

Name: Adresse:

Geburtsdatum: E-Mail:

Telefon: (privat/mobil/Firma)

Größe: Gewicht:

Beruf: Hobbies/Sport:

Familienstand: Kinder:

Überweisender Arzt: Versichertenstatus:

Ich komme aus folgendem Anlass:

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster Schmerz)
Ihre momentanen Probleme an:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | | |

Schmerzverlauf: (bitte ankreuzen)

- zugenommen
- abgenommen
- gleich geblieben
- ständig vorhanden
- nur zeitweise spürbar (wann)
- nicht akut aber wiederkehrend

Wie fühlt sich der Schmerz, bzw. die Beschwerdesymptomatik an? (Bitte ankreuzen)

- stechend hell dumpf pochend ziehend krampfend
 kribbelnd brennend taub warm/kalt schwer steif

Welche Faktoren verschlimmern die Beschwerden (Belastung/Ruhe) ?

.....

Welche Faktoren verschaffen Ihnen Erleichterung?

.....

Können Sie den Schmerz provozieren?

.....

Sind Sie bereits aufgrund dieser Beschwerden in Behandlung gewesen?

.....

Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

.....

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (Bitte unterstreichen)

Herz-/Kreislaufbeschwerden; Atemwegserkrankungen; Gefäßerkrankungen; Diabetes;
Blutgerinnungsstörungen; Schwindel; Lähmungen; Missempfindungen; Allergien;
Osteoporose

Andere Erkrankungen:

Unfälle, Stürze, Schleudertrauma:

Operationen:

Medikamente:

Metallimplantate:

Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!