

*Medical-Wellness-Studio, Anke und Bernhard Pritsch GbR*



**Sehr geehrte Patienten,**

Bitte diesen Bogen auf Ihrer Festplatte speichern und mit einem PDF-Programm öffnen.

Im Browser können nicht alle Felder bearbeitet werden.

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, lassen Sie das Feld frei .

Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

**Vom Therapeuten auszufüllen!**

**Eingangsdatum:** \_\_\_\_\_

**Erster Behandlungstermin:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1 Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Geschlecht: m w

**JA NEIN**

- 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 ? Wenn Ja, welche ?  
Kribbeln    Taubheitsgefühl    Lähmungserscheinungen    Spastiken

14 Bitte markieren Sie den Ort der Beschwerden, indem sie in die entsprechenden Felder klicken

Beschreiben Sie die Beschwerden kurz:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

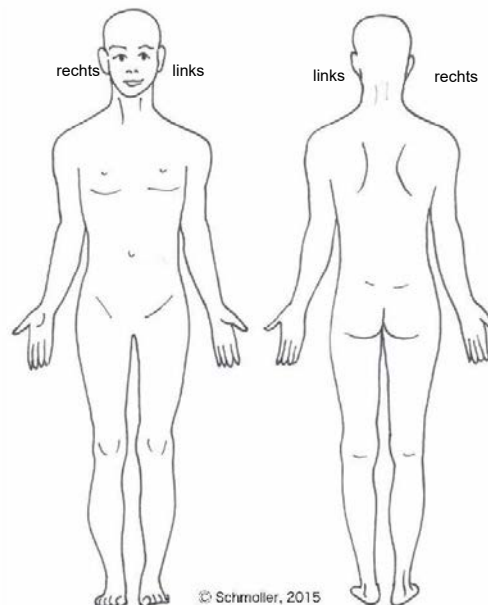
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



15 Bitte klicken 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 ?

**JA NEIN**

18 Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können ?

Wenn Ja, welche/n ?

---



---



---



---

19 Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie ... :

- |                  |                 |                 |                            |
|------------------|-----------------|-----------------|----------------------------|
| Diabetes         | Osteoporose     | Tuberkulose     | Hormonstörungen            |
| Krebs            | Arteriosklerose | Organstörungen  | Blutgerinnungsstörungen    |
| Hepatitis        | HIV/AIDS        | Drüsenstörungen | neurologische Erkrankungen |
| Sonstiges: _____ |                 |                 |                            |

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 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:

- |                  |                 |              |                  |
|------------------|-----------------|--------------|------------------|
| Krebs            | Arteriosklerose | Osteoporose  | Alzheimer/Demenz |
| Bluterkrankungen | Herzerkrankung  | Schlaganfall | sonstiges: _____ |

Gibt es sonst noch etwas was Sie im Zusammenhang mit Ihrer Krankheit mitteilen möchten ?

---



---



---

33 Bitte setzen Sie sich bezüglich der Therapie Ziele. Was möchten Sie in welchem Zeitraum erreichen?

Was ist für Sie am wichtigsten !!!

1. Zwischenziel: \_\_\_\_\_ Bis wann ? \_\_\_\_\_

2. Zwischenziel: \_\_\_\_\_ Bis wann ? \_\_\_\_\_

Hauptziel: \_\_\_\_\_ Bis wann ? \_\_\_\_\_

## Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, drucken Sie bitte dieses Formular aus und bestätigen die Angaben mit Ihrer Unterschrift oder senden das Formular per E-Mail.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift, Patient*

## Ergänzungen des Physiotherapeuten

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

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift, Patient*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift, Therapeut*