



Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Gesundheitsfragebogen

Um Ihre Therapie bei mir für Sie so gut, sicher und effektiv wie möglich zu gestalten, benötige ich noch einige Informationen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Hierzu beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte gewissenhaft und gründlich:

1. Bitte beschreiben Sie Ihr aktuelles Problem, das Ihren Alltag erschwert?

5. Wie stark sind Ihre Beschwerden? Markieren Sie auf der Skala die Intensität bei Ruhe mit *R* und Belastung mit *B*.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Beschwerden stärkste Beschwerden

6. Wie lange dauern Ihre Beschwerden im Falle des Auftretens an?

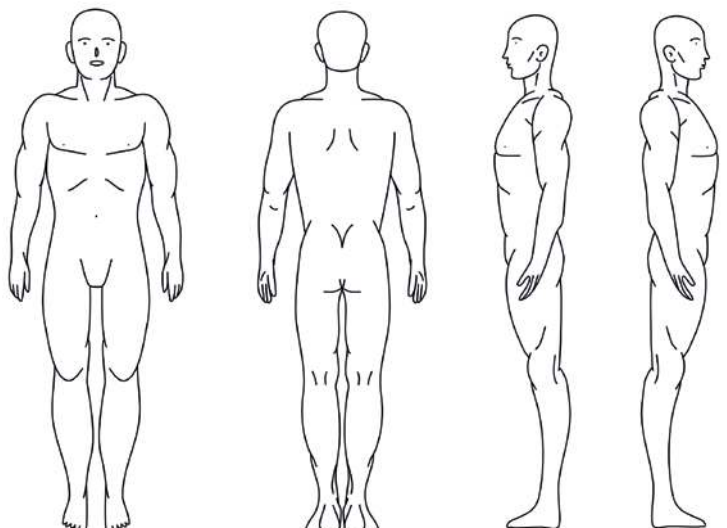
7. In welchen Situationen treten Ihre Beschwerden auf?

2. Wann sind Ihre Probleme zum ersten Mal aufgetreten?

8. Wo genau haben Sie Beschwerden/Operationen/Gelenkersatz? Bitte markieren Sie die Stellen, an denen Sie Probleme haben und beschriften Sie die Region.

3. Gibt es ein Ereignis, das Sie zeitlich dem ersten Auftreten zuordnen können?

4. Wie oft leiden Sie unter Ihren Beschwerden?





STURMFELS
PRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE

9. Beschreiben Sie bitte, wie sich Ihre Beschwerden anfühlen.

10. Wie ist das 24 Stunden Verhalten der Beschwerden? Morgens, mittags, abends und nachts.

11. Was tun Sie selbst, um Ihre Beschwerden zu lindern?

12. Haben Sie etwas gelesen oder gehört, von dem Sie denken, es könnte auch für Ihre Behandlung wichtig sein?

13. Bitte führen Sie hier Ihre früheren Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle und schwerwiegenden Erkrankungen auf.

14. Allgemeine Gesundheitsfragen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Atemnot, in Ruhe oder Belastung |
| <input type="checkbox"/> nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> gelegentlich Fieber oder Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Husten, Auswurf |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Magen- oder Bauchbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gang-Unsicherheit/Stürze | <input type="checkbox"/> Harn-/Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Riechen, Schmecken, Hören eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kieferprobleme | <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke: _____ Jahr: _____ |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen/Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellungen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Gefühlsstörungen/Missempfindungen |
| <input type="checkbox"/> regelmäßiger Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen |
| <input type="checkbox"/> regelmäßiger Nikotinkonsum | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> infektiöse Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (auch in ver Vorgeschichte) |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nerven-/Gemütskrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> aktuell schwanger |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |



S T U R M F E L S
PRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE

15. Welches Ziel verfolgen Sie mit der Therapie?

16. Welchen und wieviel Sport betreiben Sie pro Woche?

17. Was machen Sie beruflich?

18. Wieviel Zeit können Sie täglich/wöchentlich zusätzlich in Ihre Gesundheit investieren?

19. Kennen und verstehen Sie Ihre Diagnose? Bedarf es einer weiteren Erklärung?

20. Mit welchen Methoden wurden Sie im Zusammenhang Ihres Leidens bereits behandelt? Mit welchem Erfolg?

21. Wenn Sie aktuell Medikamente einnehmen, notieren Sie bitte Namen und Dosis.

22. Gibt es etwas, was Sie uns noch mitteilen möchten?

Vielen Dank für Ihre Angaben! Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit!

Bitte sprechen Sie uns persönlich an, wenn Sie Probleme mit dem Ausfüllen haben oder Ihnen noch etwas anderes am Herzen liegt. Lassen Sie Fragen unbeantwortet, klären wir offene Punkte persönlich mit Ihnen in der Therapie.

Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Um Ihre Daten dem behandelnden Therapeuten zur Verfügung zu stellen, werden hierfür und zu Zwecken der Dokumentation Ihre Daten digitalisiert und in einer elektronischen Akte gespeichert. Wir sind gesetzlich verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem zu.

----- Ort, Datum

----- Unterschrift

Vom Therapeuten auszufüllen.

Ziel für das erste Behandlungsintervall

Ziel mittelfristig

Ziel langfristig