

## Patientenfragebogen Physiotherapie

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um diesen Bogen sorgfältig auszufüllen. Dieser Fragebogen hilft uns dabei, Sie besser kennenzulernen, um die physiotherapeutische Betreuung perfekt auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.

---

Name

---

Vorname

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Geburtsdatum

---

Beruf

---

Woher kennen Sie unsere Praxis?

### Krankenversicherung

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

### Welche dieser Tätigkeiten kommt vorwiegend in Ihrem Alltag vor?

Sitzen

Stehen

Mischung

### Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe aktuell Beschwerden. Bitte angeben:

**Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und sind diese in Ihrem Leben bereits mehrmals aufgetreten?**

---

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

---

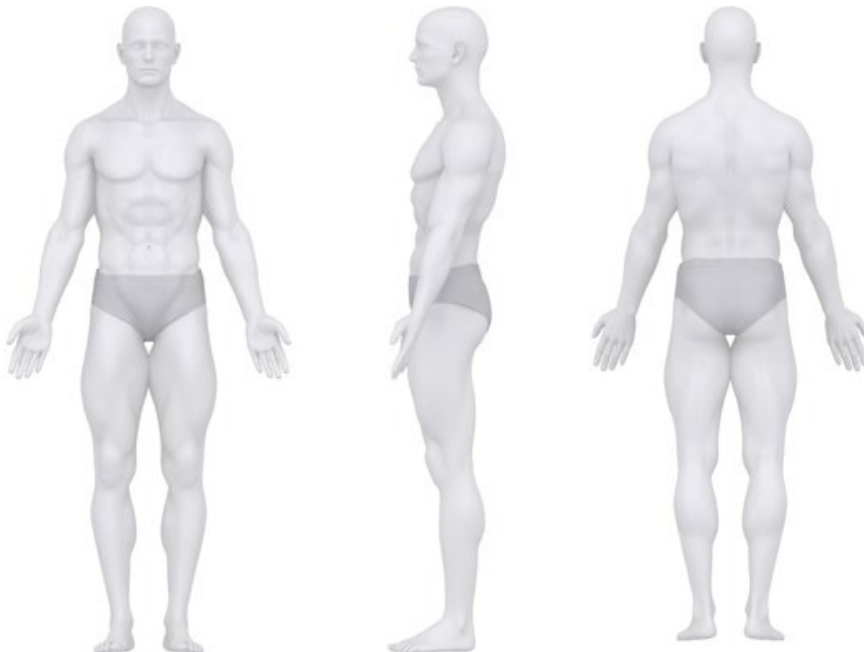
**Wann treten die Beschwerden auf? Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die diese hervorrufen?**

---

**Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die eine Besserung der Beschwerden bewirken?**

---

**Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen und Narben:**



**Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1-10 (1 wenig / 10 stark)?**

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

### Gab es in Ihrem Leben folgende Ereignisse?

- Unfall, wenn ja wann und was? \_\_\_\_\_
- Operation, wenn ja wann und was? \_\_\_\_\_
- Schädeltraumen, wenn ja wann? \_\_\_\_\_
- Knochenbrüche \_\_\_\_\_
- Künstliche Gelenke, wenn ja wo? \_\_\_\_\_
- Ausgekugelte Gelenke \_\_\_\_\_
- Bänder-, Sehnen oder Muskelrisse \_\_\_\_\_
- Bandscheibenvorfälle? \_\_\_\_\_
- Osteoporose, wenn ja wann letzte Knochendichtemessung? \_\_\_\_\_
- Krebs, wenn ja wo und wann? \_\_\_\_\_
- Gleitwirbel \_\_\_\_\_
- Autoimmunkrankheiten \_\_\_\_\_
- Andere schwerwiegende Erkrankungen? \_\_\_\_\_
- Allergien, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Tragen Sie Einlagen oder haben Sie jemals Einlagen getragen? \_\_\_\_\_
- Kieferorthopädische Maßnahmen \_\_\_\_\_

### Medikamente

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

- Ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Zeigen Sie eines der genannten Symptome?**

- Leistungsabfall
- Gewichtsverlust
- Appetitlosigkeit
- Stuhlveränderung
- Starker Durst
- Urinveränderung (auch Schwierigkeiten beim Wasserlassen)
- Schlafstörung
- Nachtschweiß
- Husten und Auswurf
- Erhöhte Temperatur
- Herzrasen / Herzrhythmusstörungen
- Verdauungsstörungen
- Kalte Hände und / oder Füße
- Verspannungen
- Kopfschmerz
- Konzentrationsstörung
- Antriebslosigkeit

### **Schwangerschaft und Verhütung**

Ich bin schwanger

Ich nehme die Pille oder andere hormonelle Verhütungsmittel

### **Genussmittel und Drogen**

Ich rauche

Ich trinke regelmäßig Alkohol. wenn ja, wie viel?

---

### **Sport**

Ich treibe regelmäßig Sport. Wenn ja, welchen und wie viel?

---

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

Diabetes mellitus

Cushing Syndrom

Fettstoffwechselstörung

Störungen der Schilddrüse

Nierenerkrankung

Erkrankungen der Nebennieren

Gicht

Lebererkrankung

Bluthochdruck

Niedriger Blutdruck

Erkrankungen des Gefäßsystems (z. B. Krampfadern, Arteriosklerose). Wenn ja, welche?

---

Herzerkrankung

Erkrankungen des Nervensystems (auch Störungen der Sensibilität oder der Bewegung).  
Wenn ja, welche?

---

Schwindel

Sehstörungen

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

Änderung meiner Büroergonomie

Verbesserung meiner Ernährungsgewohnheiten

Hilfestellung bei Übungen für den Alltag: Rückenschule und Gleichgewicht

Hilfestellung beim Umgang mit Stress: Atmung - Meditation