

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.

## PERSÖNLICHE DATEN

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	PLZ / Ort
_____	_____
Telefon	E-Mail
_____	_____
Geburtsdatum	Beruf

## KRANKENVERSICHERUNG

Privat versichert       Selbstzahler       Zusatzversicherung

## IHR ANLIEGEN

**„Ihre Angaben helfen uns, Ihre aktuelle Situation und den Verlauf Ihrer Beschwerden besser einzuordnen.“**

Was führt Sie zu uns?

- Akute Beschwerden
- Wiederkehrende Beschwerden
- Chronische Beschwerden
- Leistungseinbruch
- Prävention

Meine Hauptbeschwerden sind:

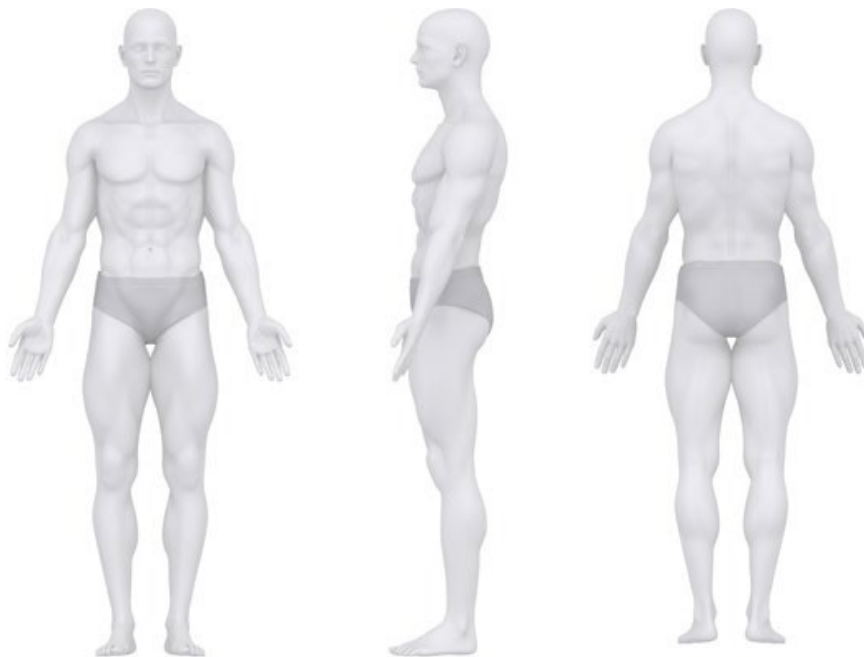
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

- Tage
- < 4 Wochen
- 1 – 6 Monate
- 6 – 24 Monate
- > 2 Jahre

**Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen im Körperdiagramm.**



Bitte schätzen Sie den folgenden Bereich aktuell auf einer Skala von 1 bis 10 ein. (1 = sehr schlecht / stark eingeschränkt, 10 = optimal / beschwerdefrei)

Wie stark sind Ihre Beschwerden aktuell?

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

**Gab es in Ihrem Leben folgende Ereignisse?**

Operationen (ja, welche?)

Knochenbrüche (ja, welche?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (ja, welche?)

## AKTUELLE SYMPTOME

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

### Bewegungsapparat

- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Verspannungen
- Bewegungseinschränkungen

### Stoffwechsel & Regulation

- starker Durst
- häufiges Wasserlassen
- Urinveränderungen
- Gewichtsveränderung
- Appetitlosigkeit

### Vegetatives Nervensystem

- Schlafprobleme
- innere Unruhe
- Herzrasen / Herzrhythmusstörungen
- vermehrtes Schwitzen
- Stressgefühl
- kalte Hände / Füße

### Verdauung & Darm

- Blähungen / aufgeblähter Bauch
- Durchfall
- Verstopfung
- Bauchschmerzen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten

### Hormonell / funktionell

- Libidoverlust
- Potenzprobleme
- Zyklusveränderungen
- Leistungsschwankungen

### Atmung

- Husten
- Auswurf
- Atemprobleme

### Neurologisch

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Konzentrationsprobleme
- Taubheit / Kribbeln

### Energie & Allgemein

- Erschöpfung
- Leistungsabfall
- Infektanfälligkeit

## AUSWIRKUNGEN IM ALLTAG

„Neben Schmerzen sind vor allem Einschränkungen im Alltag entscheidend für die richtige Behandlung.“

Wo fühlen Sie sich aktuell am meisten eingeschränkt?

Was fällt Ihnen aktuell schwer?

---

Datum, Unterschrift