

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 ☐ Gesetzlich versichert ☐ Selbstzahler ☐ Zusatzversicherung

IHR ANLIEGEN

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

Was führt Sie zu uns?

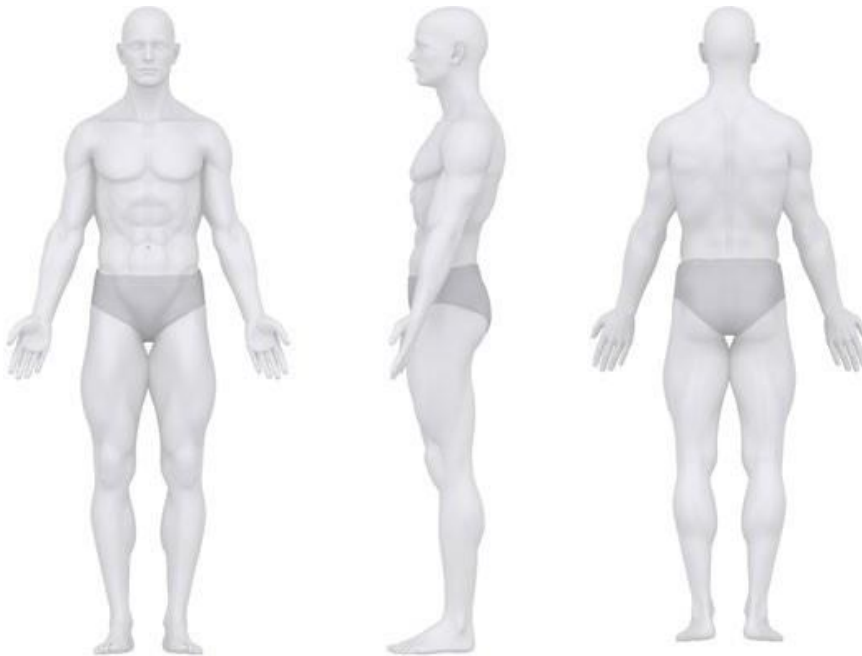
- ☐ Akute Beschwerden
☐ Wiederkehrende Beschwerden
☐ Chronische Beschwerden
☐ Leistungseinbruch
☐ Prävention

Die Beschwerden bestehen seit ...

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

Meine Hauptbeschwerden sind:

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen im Körperdiagramm.



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

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?

Was möchten Sie mit der Therapie/Behandlung erreichen? Was ist Ihr Ziel?

Welche Verbesserungen wünschen Sie sich langfristig?

Datum, Unterschrift