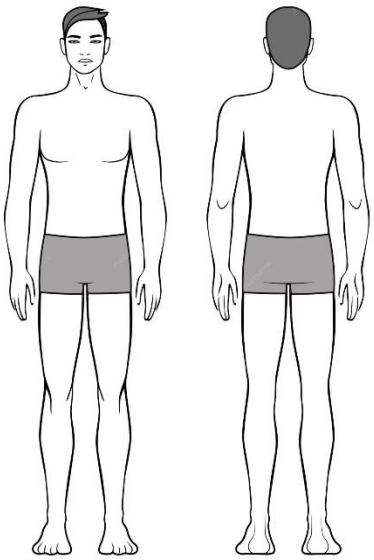
Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

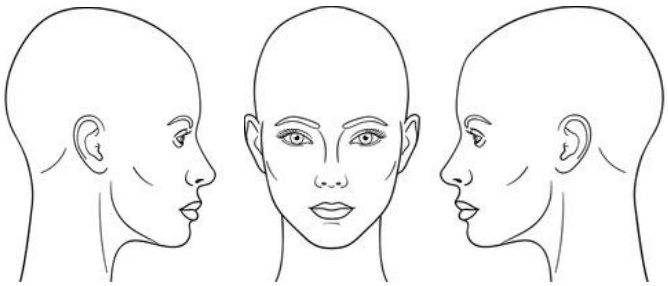
PHYSIOTHERAPIE
am Heinzelmannpark
Christiane Gieseke

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:
Mobil:	E-Mail:
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich/privat/Beihilfe	
Alter:	Hausarzt:
Sport/Hobby:	Beruf:

1.) Wo haben Sie Ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen)





2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

_____

_____

3.) Haben Sie **Schmerzen**? ja O nein O

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja O nein O

...bitte wenden

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinen, Taubheit)? ja O nein O

6.) Leiden Sie unter **Kraftverlust**? ja O nein O

7.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**?

_____

8.) **Wie lange** haben Sie die **Beschwerden** schon?

_____

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

_____

_____

10.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

_____

_____

11.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)

_____

_____

12.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) **Wie oft** haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent** / mit **Unterbrechungen**?

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich** bleibend / **besser** werdend / **verschlechternd**?

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen) Husten/Niesen/Pressen/Schlucken? ja O nein O

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja O nein O

18.) Sind Sie **schwanger**? ja O nein O

19.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja O nein O

20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen** oder **Schluckstörungen**? ja O nein O

21.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Osteoporose, Rheuma**? ja O nein O

22.) Haben Sie Probleme mit den **inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? ja O nein O

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)? ja O nein O

...bitte wenden

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja O nein O

Wenn ja, welche?

_____

_____

25.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine **Krebserkrankung**? ja O nein O

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja O nein O

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja O nein O

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? ja O nein O

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja O nein O

Wenn ja, was und wann?

_____

_____

30.) Welche **Maßnahmen zur Diagnostik/ Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie (CT) / Kernspinntomographie (MRT) / Spritze / Massage, Physiotherapie / anderes:

_____

_____

31.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihr Problem verschlechtert? ja O nein O

32.) Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja O nein O

33.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht in Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja O nein O

34.) Was sind Ihre **Erwartungen und Ziele** für die Behandlung?

_____

_____

_____

Datum

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam ☺