



Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Fragebogen hilft uns dabei ein umfassendes Bild ihrer Beschwerden zu erhalten. Ihre Angaben bilden den Grundstein einer qualifizierten physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung.

Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können oder wollen, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Bitte bringen Sie diesen ausgefüllten Fragebogen und, falls vorhanden, ärztliche Berichte, zu ihrer ersten Therapie mit.

Wir freuen und darauf, mit ihnen den therapeutischen Weg zu gehen.

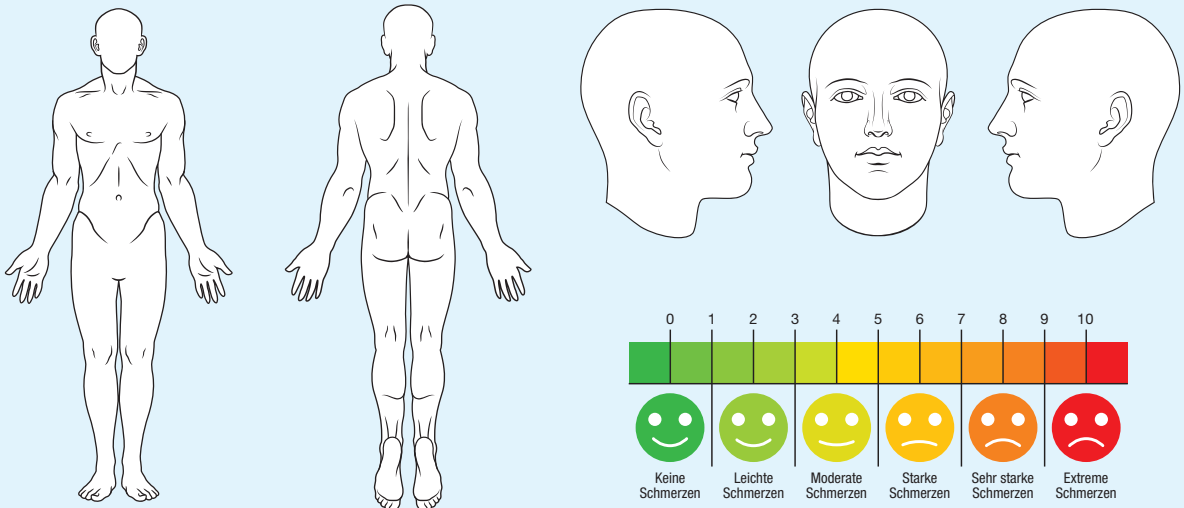
<hr/> Vorname / Name	<hr/> Geburtsdatum
-------------------------	-----------------------

1.1 Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

1.2 Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in Behandlung?

Nein Ja - Wenn ja, wann und was

1.3 Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.



1.4 Welche Ereignisse verbessern, oder verschlechtern ihre Beschwerden, wie Bewegung, Anwendungen, Lagerungen, Wetter... etc. ...

1.5 Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

1.6 Gab es ein auslösendes Ereignis?
 Nein Ja - Wenn ja, welches?

1.7 Wie oft haben Sie diese Schmerzen?
 Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener ...

1.8 Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, kribbelnd,
 reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend ...

2.1 Welchen Beruf üben Sie aus?

2.5 Hatten Sie Operationen?
 Nein Ja - Welche und wann?

2.6 Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?
 Nein Ja - Wegen und bei

3.1 Tragen Sie Prothesen, Zahnschienen, Schuheinlagen, Kompressi- Nein Ja
 onsstrümpfe etc...

3.2 Leiden Sie an Osteoporose? Nein Ja

3.3 Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Nein Ja
 Sturz?

3.4 Rauchen Sie? Nein
 Ja _____ Zigaretten/Tag

3.5 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

3.6 Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen? Nein Ja

3.7 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Schwindel oder stolpern/
 stürzen Sie manchmal? Nein Ja

3.8 Haben Sie Schwellungen? Neue oder wiederholt auftretende Nein Ja
 Schwellungen an Haut, Muskeln, oder Gelenken?
 Wenn ja, wo und wann auftretend?

4.1 Haben Sie Probleme beim Nein Ja
 Husten Niesen Pressen Einatmen?

4.2 Leiden Sie an Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Nein Ja
 Sprachproblemen Schluckproblemen?

4.3 Spüren Sie Kribbeln oder Taubheit Nein Ja
 Wenn ja, wo und in welcher Form

5.1	Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in folgendem/n Bereich/en: _____		
5.2	Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust festgestellt ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5.3	Leiden Sie unter häufigen Infekten (≥ 5 Infektionen/Jahr)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5.4	Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5.5	Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6.1	Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6.2	Hatten Sie in letzter Zeit deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6.3	Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6.4	Haben Sie Schlafprobleme Wenn ja, in welcher Form, wann treten diese auf? _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
7.1	Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperliche Anstrengung Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
7.2	Leiden Sie an Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
8.1	Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (an Organen, Gelenken, Muskeln, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)? Wenn ja, an folgenden: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
8.2	Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein? Wenn ja, folgende: _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
8.3	Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten? (z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.) Wenn ja, folgendes: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

_____ Datum	_____ Unterschrift
----------------	-----------------------