

## Aufnahmebogen

### Wir handeln das!

Dieser Fragebogen dient uns und Ihnen, Ihre Beschwerden besser zu erfassen und mögliche Ursachen näher einzugrenzen.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name, Vorname ..... Geb.Datum .....

Anschrift ..... Tel. ....

Krankenkasse ..... E-Mail .....

### 1. Allgemeine Gesundheitsfragen

Treiben sie Sport/Haben Sie Hobbys? Wenn ja, welcher Art .....

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wie hoch ist die aktuelle Stressbelastung/Stresslevel? gering 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stark

Bestehen Vorerkrankungen?

- Allergien  nein  ja, welche .....

- Operationen  nein  ja, welche und wann .....

- neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Morb. Parkinson)

nein  ja, welche und seit wann

- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus)

nein  ja, welche und seit wann

- Herzerkrankungen

nein  ja

- bestanden/bestehen Tumorerkrankungen

nein  ja, welche und wann (OP/Chemo) .....

- psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, PTBS)

nein  ja, welche .....

- orthopädische Erkrankungen (z. B. diagnostizierter Bandscheibenvorfall, Arthrose)

nein  ja, welche und wann .....

- sonstiges

.....

**Bitte wenden!**

## 2. Aktueller Gesundheitszustand

Haben Sie Schmerzen?

nein     wenn ja, wie stark    gering 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stark

Häufigkeit:  mehrmals täglich

unregelmäßig

bei bestimmter Tätigkeit/Belastung .....

in Ruhe

nachts

Ist Ihre Beweglichkeit verändert/eingeschränkt?

nein     wenn ja, wie .....

Ist Ihre Sensibilität verändert? (kribbeln, brennen, Taubheit, Lähmung)

nein     wenn ja, wie .....

Ist Ihre Kraft verändert?

nein     wenn ja, wie .....

Sind Sie auffällig müde/abgeschlagen?

nein     wenn ja, wie .....

## 3. Therapie

Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bereits durchgeführt?

.....

Haben Sie schonmal Physiotherapie erhalten?

.....

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

.....

Was erwarten Sie von sich?

.....

Was erwarten Sie von uns?

.....

Desweiteren willige ich den Datenschutzrichtlinien und der Einwilligungserklärung gegenüber Dritter ein. Ich bestätige diese zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wo haben Sie Beschwerden (bitte einzeichnen)

