

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

Wo haben Sie Schmerzen? (Lokalisation & Art des Schmerzes)

.....
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 uns?

.....
Desweiteren willige ich den Datenschutzrichtlinien und der Einwilligungserklärung gegenüber Dritter ein.

Bei nicht wahrgenommenen Terminen oder kurzfristiger Absage(weniger als 24 h vor dem Termin)ist eine pauschalisierte Ausfallgebühr fällig. (ausgenommen nachweislich unverschuldeter Grund)

Ich bestätige diese zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Wo haben Sie Beschwerden (bitte einzeichnen)

