

Sehr geehrte Patienten,

Wir möchten Ihnen durch diesen Fragebogen eine effektivere Therapie anbieten und durch Ihre Mithilfe mehr Zeit für die Therapie haben.

Ihre Angaben in diesem Anamnesebogen dienen der Vorbereitung des Therapeuten für Ihre Behandlung. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, wird diese zum ersten Behandlungstermin zusammen mit Ihrem Therapeuten besprochen.

Vom Therapeuten auszufüllen!

Ausgabedatum: _____

Eingangsdatum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Dieser Screeningbogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich Fachpersonal als Hilfsmittel um ernstzunehmende Pathologien besser erkennen zu können. Die Benutzung erfolgt jedoch ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name: _____ Vorname: _____

Datum: ____ . ____ . 20____

Ja Nein Allgemeine Fragen

- 1 Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
- 2 Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
- 3 Haben Sie Fieber oder erhöhte Temperatur?
- 4 Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Weshalb: _____
- 5 Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?
- | Medikament / Präparat | Grund der Einnahme | Seit |
|-----------------------|--------------------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
- 6 Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:
- Diabetes Osteoporose Tuberkulose Hormonstörungen
- Krebs Arteriosklerose Organstörungen Blutgerinnungsstörungen
- Hepatitis HIV / AIDS Drüsenstörungen neurologische Erkrankungen
- Sonstige: _____
- 7 Hatten Sie bereits Brüche und/oder Operationen?
- Wenn ja, bitte chronologisch angeben:
- _____
- _____
- 8 Gab es in Ihrer Familie Fälle von:
- Krebs Arteriosklerose Osteoporose
- Bluterkrankungen Herzerkrankungen Schlaganfall
- 9 Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als fünf Infektionen pro Jahr)
- 10 Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren?
- 11 Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg oder Diastolisch > 90 mmHg) _____ / _____
- 12 Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
- 13 Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?
- 14 Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?
- 15 Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?
- 16 Sind Sie Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängig?
- 17 Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?
- 18 Kommt es zu Kraftverlust in Armen bzw. Beinen?
- 19 Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können?
- Welche? _____
- 20 Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt und/oder Ihnen mitgeteilt, dass Sie körperliche Leistungen nur unter ärztlicher Aufsicht tätigen dürfen?
- 21 Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- 22 Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können?
- Welchen: _____

Ja Nein

- 23 Liegt ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zu Grunde?
Kurze Beschreibung:

- 24 Haben Sie permanent Schmerzen?

- 25 Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?

- 26 Haben Sie Nachtschmerzen?

- 27 Sind ihre Beschwerden unabhängig von Haltung und/oder Bewegung?

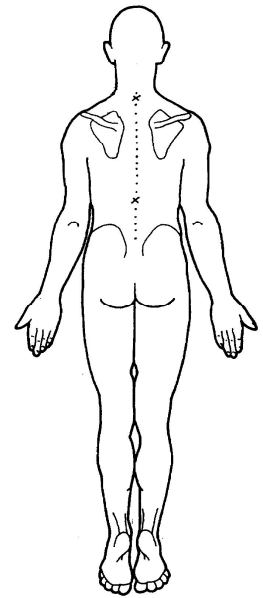
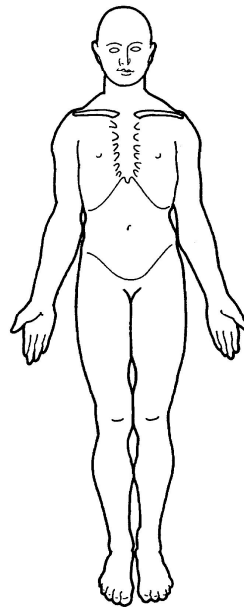
- 28 Haben Sie vermehrt Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten?

und zwar: morgens tagsüber abends nachts

- 29 Treffen folgende Symptome auf Sie zu?

Kribbeln Taubheitsgefühle Lähmungserscheinungen Spastiken

- 30 Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:



Nur von Frauen zu beantworten

- 31 Sind Sie schwanger?

- 32 Sind Sie in der Postmenopause? Seit: _____ Jahren

- 33 Nehmen Sie Hormone ein? (Östrogen)

Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

Unterschrift

Nr. Ergänzungen des Physiotherapeuten

--	--

Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

Datum

Unterschrift, Patient

Unterschrift, Therapeut