

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben helfen uns, Ihre Beschwerden besser zu verstehen und die Therapie optimal zu planen.

Persönliche Angaben

Vor- und Nachname		Geburtsdatum
<hr/>		
Straße und Haus-Nr.	PLZ und Ort	
<hr/>		
Telefon (Mobil)	Telefon (Festnetz)	Telefon (Arbeit)
<hr/>		
E-Mail		
<hr/>		
Beruf / Tätigkeit	Hausarzt	

Aktuelle Beschwerden

Wo liegen Ihre Beschwerden? Nacken Schulter Rücken Hüfte Knie Fuß Arm/Hand Kopf/Kiefer

andere: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? wenige Tage einige Wochen mehrere Monate länger als 1 Jahr

Schmerzstärke (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz): 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Was verschlimmert Ihre Beschwerden? Bewegung Sitzen Stehen Belastung Stress morgens abends

Was verbessert Ihre Beschwerden? Bewegung Wärme Ruhe Medikamente Dehnung Massage

Frühere Erkrankungen / Operationen

Hatten Sie folgende Erkrankungen?

Bandscheibenvorfall Arthrose Rheuma Osteoporose Diabetes Bluthochdruck Herzkrankheiten
neurologische Erkrankungen Tumorerkrankungen keine

Weitere Erkrankungen: _____

Operationen / Verletzungen (Art / Jahr): _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Welche Medikamente? _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

Schwindel: ja nein

Schlafprobleme: ja nein

Atemprobleme: ja nein

Verdauungsprobleme: ja nein

Kopfschmerzen / Migräne: ja nein

Chronische Müdigkeit: ja nein

Taubheit / Kribbeln: ja nein

Lebensstil

Bewegen Sie sich regelmäßig? wenig gelegentlich regelmäßig Sport _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich? unter 4 Stunden 4–8 Stunden über 8 Stunden

Rauchen Sie? nein gelegentlich regelmäßig

Soziale Situation & Alltag

Berufliche Situation: Vollzeit Teilzeit selbstständig Rentner/Pensionär arbeitslos krankgeschrieben

Ist Ihre Arbeit überwiegend: sitzend stehend körperlich belastend wechselnd

Empfinden Sie Ihre Arbeit als körperlich belastend? ja teilweise nein

Wie aktiv sind Sie im Alltag? überwiegend sitzend mäßig aktiv körperlich aktiv

Leben Sie: alleine mit Partner mit Familie betreutes Wohnen

Benötigen Sie Hilfe im Alltag? nein gelegentlich regelmäßig

Wenn ja, wobei? Haushalt Einkaufen Mobilität sonstiges: _____

Gibt es aktuell Belastungen, die Ihre Gesundheit beeinflussen?

beruflicher Stress familiäre Belastung Pflege von Angehörigen Schlafprobleme psychische Belastung keine

Ziele der Physiotherapie

Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen? Schmerzreduktion bessere Beweglichkeit mehr Kraft

bessere Haltung wieder Sport treiben Alltag verbessern Sonstige Ziele _____

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und korrekt sind.

Datum

Unterschrift