



Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um diesen Bogen sorgfältig auszufüllen.
Dieser Fragebogen hilft uns dabei, Sie besser kennenzulernen, um die physiotherapeutische
Betreuung perfekt auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.

Name:

Vorname:

Straße PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Verordnender Arzt:

Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Welche dieser Tätigkeiten kommt vorwiegend in Ihrem Alltag vor?

Sitzen

Stehen

Mischung

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe aktuell Beschwerden.

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und sind diese in Ihrem Leben bereits mehrmals aufgetreten?

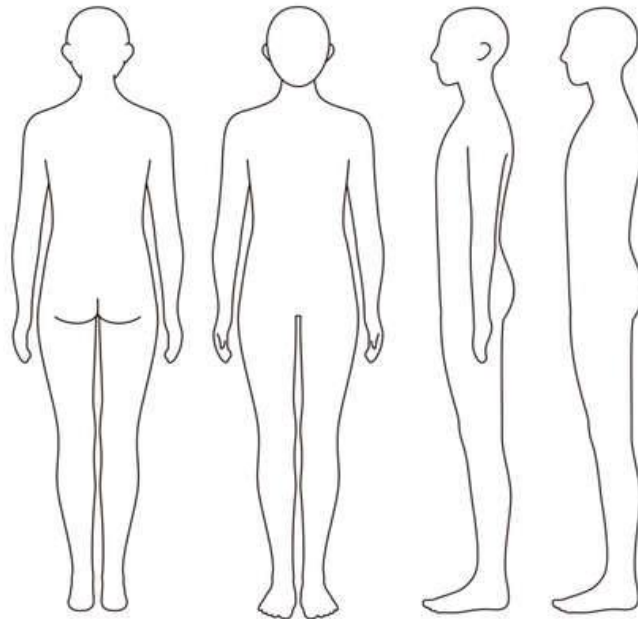
Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung oder
haben Sie selbst etwas dagegen unternommen?

Wann treten die Beschwerden auf?

Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die diese hervorrufen?

Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die eine Besserung der Beschwerden bewirken?

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen und Narben:



Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1-10 (1 wenig / 10 stark)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gab es in Ihrem Leben folgende Ereignisse?

Schwangerschaften, wenn ja wieviele, gab es Komplikationen:

Sind sie aktuell Schwanger?:

Unfall, wenn ja wann und was?

Operation, wenn ja wann und was?

Schädeltraumen, wenn ja wann?

Künstliche Gelenke, wenn ja wo?

Ausgekugelte Gelenke Bänder-, Sehnen oder Muskelrisse

Bandscheibenvorfälle?

Osteoporose, wenn ja wann letzte Knochendichtemessung?

Krebs, wenn ja wo und wann?

Andere schwerwiegende Erkrankungen?

Allergien, wenn ja welche?

Tragen Sie Einlagen oder haben Sie jemals Einlagen getragen? Kieferorthopädische Maßnahmen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Blutverdünner, Schlaftabletten, Entzündungshemmer, Cortison)?