

AUFNAHMEBOGEN

(Vordruck für Praxis – von Patient/in auszufüllen)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Bogen dient dazu, andere Beschwerdeursachen auszuschließen und eine sichere Behandlung zu gewährleisten. Er ist Grundlage der physiotherapeutischen Untersuchung, die bei Ihrem ersten Termin durch den/die Therapeuten/in erfolgt und spart hierfür zusätzlich Zeit. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen (»?«) am Seitenrand. Offene Fragen werden gemeinsam mit Ihnen besprochen. Alle Informationen unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und werden nach den Richtlinien der DSGVO aufbewahrt.

PERSONENBEZOGENE FAKTOREN UND UMWELTFAKTOREN:

Name, Vorname: _____ Alter: _____ Geschlecht: w m

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Sind Sie schwanger? Ja Nein unbekannt

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten / Tag? _____

Beruf: _____ Verhältnis Sitzen / Stehen / Gehen (in % angeben) / / /

Hobby / Sport (Anzahl / Woche inkl. Dauer): _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Arzt Familie / Bekanntenkreis Anzeige Flyer Internet

Sonstiges: _____

FRAGEN ZU IHREN BESCHWERDEN:

1. Haben die Beschwerden einen schleichenden Beginn gehabt? Ja Nein

2. Hat sich Ihre Beweglichkeit durch die Beschwerden verändert? Ja Nein

3. Haben Sie aktuell Schmerzen? Wenn ja, wie stark sind sie in ... Ja Nein

... Ruhe? (0 = keine Schmerzen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)

... Bewegung? (0 = keine Schmerzen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)

4. Haben Sie im betroffenen Bereich weitere Auffälligkeiten? Wenn ja, welche? Ja Nein

Rötung Schwellung Überwärmung massiver Bluterguss Sonstiges: _____

5. Sind Sie aktuell aufgrund Ihrer Beschwerden zusätzlich woanders in Behandlung? Wenn ja, wo? Ja Nein

Arzt Heilpraktiker Physiotherapie Osteopathie Sonstiges: _____

6. Welche Maßnahmen haben in der Vergangenheit zur Beschwerdelinderung geführt?

Physiotherapie Training Operation Spritzen Massage Ruhigstellung

7. Sind bisher bildgebende Verfahren zur Diagnostik durchgeführt worden? Wenn ja, welche? Ja Nein

Röntgen CT MRT Labor Sonstiges: _____

8. Liegen Befunde und / oder Berichte vor? Wenn ja, welche? Ja Nein

Arztbericht OP-Bericht Bildgebung Reha-Aufenthalt Sonstiges: _____

MEDIKAMENTE:

9. Nehmen Sie aktuell oder haben Sie über einen längeren Zeitraum folgende Präparate eingenommen? Ja Nein

Kortison Blutverdünner (Antikoagulanzen) Antiepileptika Immunsuppressiva Drogen

Sonstiges: _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITLICHE FRAGEN:

10. Besteht ein unabgeklärtes Trauma? Ja Nein

Bitte Rückseite beachten →

11. Haben Sie Nachtschmerzen? Ja Nein

12. Leiden Sie an massiven und / oder unerklärlichen Sensibilitätsstörungen? Wenn ja, welche? Ja Nein

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ameisenlaufen | <input type="checkbox"/> Brennen | <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Kribbeln |
| <input type="checkbox"/> Nadelstiche | <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Elektrische Schläge | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Gefühl einer schmerzhaften Kälte | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |
-

13. Hat sich Ihre Kraft durch die Beschwerden verändert? Wenn ja, wie? Ja Nein

- Kraftlosigkeit / Schwäche Lähmung Erhöhte Muskelspannung / Krämpfe (Spastik)

14. Haben Sie sonstige Vorerkrankungen? Wenn ja, welche? Ja Nein

- Herz- / Kreislauferkrankung Stoffwechselerkrankung Diabetes Sonstiges: _____
-

15. Haben Sie eine oder mehrere Infektionskrankheiten? Ja Nein

16. Leiden Sie zurzeit oder haben Sie an ... gelitten: (Zutreffendes bitte ankreuzen) Ja Nein

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinem Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Nächtlichem Schwitzen | <input type="checkbox"/> Bösartigem Tumor |
| <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Unerklärlichem Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Blasenfunktionsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Darmfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfällen / Benommenheit |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit / -störung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen / Blutdruckstörungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit (auch b. phys. Anstrengung) | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sprechbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Stürzen |
| <input type="checkbox"/> Doppelbildern | <input type="checkbox"/> Osteoporose (Knochendichte-Problematik) | <input type="checkbox"/> Hörproblemen |
| <input type="checkbox"/> Rheumatoider Arthritis | <input type="checkbox"/> Sucht- / Abhängigkeitserkrankung | <input type="checkbox"/> Arthritis / Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfen | <input type="checkbox"/> Morgendlicher Gelenksteifigkeit >30 min | <input type="checkbox"/> Hämatomneigung |
| <input type="checkbox"/> Fieber / erhöhter Temperatur | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule | |

17. Leiden Sie zurzeit oder haben Sie an ... gelitten: (Zutreffendes bitte ankreuzen) Ja Nein

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ungenügenden oder schlechten Erholungsphasen | <input type="checkbox"/> Gefühl der Hilflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit am Arbeitsplatz / im Privatleben | <input type="checkbox"/> Sozialem Rückzug |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Anhaltendem Schon- und Vermeidungsverhalten |
| <input type="checkbox"/> Workaholic | <input type="checkbox"/> Starker Krankheitsfixierung |
| <input type="checkbox"/> Reduzierter allgemeiner Belastbarkeit / Fitness | <input type="checkbox"/> Intensivem Hilfesuchen |
| <input type="checkbox"/> Depressiver Grundstimmung | <input type="checkbox"/> Einnahme vieler Arzneien |
| <input type="checkbox"/> Angst / Sorgen | |

18. Möchten Sie uns im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden noch etwas mitteilen? Wenn ja, was? Ja Nein

ERKLÄRUNG:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Fragen gelesen, verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in, Vertreter/in, Bevollmächtigte/r