



## AUFNAHMEBOGEN

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 zusätzliche Zeit. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Offene Fragen werden natürlich mit Ihnen besprochen. Alle Informationen unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und werden nach den Richtlinien der DSGVO aufbewahrt.

Name:  Alter:  Geschlecht: w  m  d

Beruf:  Hobby/Sport:

### 1. Welche Maßnahmen werden aktuell aufgrund Ihrer Beschwerden durchgeführt?

Physiotherapie  Osteopathie  Operation  Spritzen  Massage  Ruhigstellung

Sonstiges:

### 2. Sind Sie im Besitz von folgenden Untersuchungsergebnissen/Berichten? JA NEIN

Röntgen  CT/MRT  Labor  Arztbericht  OP-Bericht  Reha-Aufenthalt

Sonstiges:

### 3. Nehmen Sie aktuell oder haben Sie folgende Präparate eingenommen? JA NEIN

Kortison  Blutverdünner  Antiepileptika  Immunsuppressiva  Drogen

Sonstiges:

### 4. Besteht ein unabgeklärtes Trauma? JA NEIN

### 5. Haben Sie Nachtschmerzen? JA NEIN

### Haben Sie sonstige Symptome/Vorerkrankungen? JA NEIN

Herz-/Kreislaufkrankungen  Stoffwechselerkrankungen  Diabetes

Osteoporose  Krebserkrankung  Asthma Bronchiale

Rheumatoide Arthritis  Sucht/Abhängigkeitserkrankungen

Sonstiges:

### Leiden Sie oder haben Sie an folgenden Symptomen gelitten? JA NEIN

Nächtliches Schwitzen  Kopfschmerz  Übelkeit/Erbrechen

Unerklärlicher Gewichtsverlust  Darm/Blasenfunktionsstörung  Schwindel

Sehstörungen  Gleichgewichtsstörungen  Hämatomneigung

Fieber/erhöhte Temperatur  Sonstiges:

### Erklärung:

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

München,