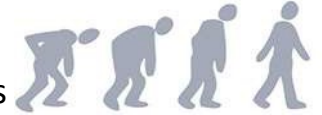


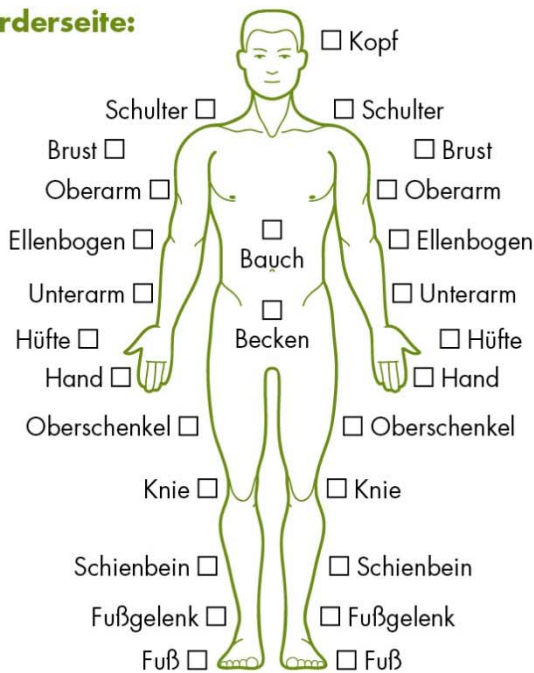
Das sollten Sie wissen!

Liebe/r Patient/in, dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutische Untersuchung und Behandlung. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, maskieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

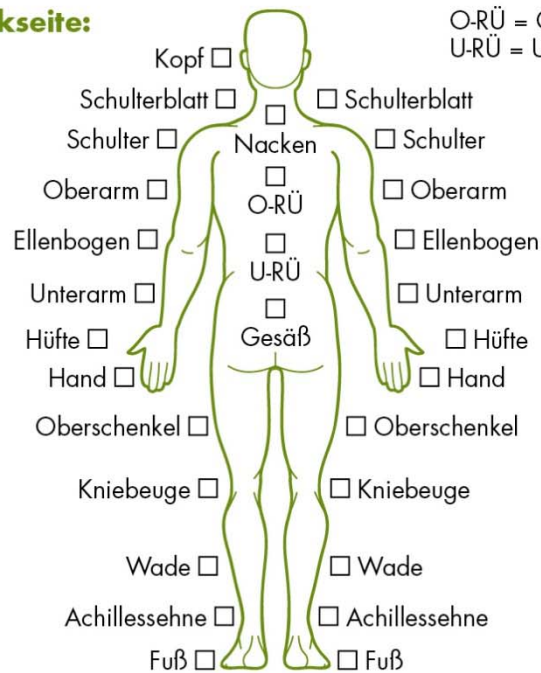


1.) Wo haben Sie ihre Probleme? (bitte einzeichnen):

Vorderseite:



Rückseite:



O-RÜ = Oberer Rücken
U-RÜ = Unterer Rücken

- 1.1. Welche/n Beruf/e üben Sie aus? _____
- 1.2. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. _____ Stunden/Prozent (Nichtzutreffendes streichen)
- 1.3. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen? Ja, ca. _____ kg Nein
- 1.4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? _____
- 1.5. Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? _____
- 1.6. Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)? Nein Ja, folgende (ggf. Extrablatt):

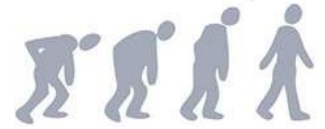
- 1.7. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?
 Nein Ja, wegen und bei _____
- 2.1. Leiden Sie an Osteoporose? Ja Nein
- 2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert Ja Nein
- 2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz? Ja Nein
- 2.4. Rauchen Sie _____ Zigaretten/Tag? Ja Nein
- 2.5. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Täglich, über 12 Gramm/0,3 Liter Bier als Frau bzw. 24 Gramm/0.6 Liter Bier als Mann? Ja Nein
- 2.6. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen? Ja Nein

- 2.7. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? Ja Nein
- 3.1. Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke? Ja Nein
- 3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt? Ja Nein
- 3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3- 4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören? Ja Nein
- 3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden? Ja Nein
- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten? Ja Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim Husten Niesen Pressen Einatmen? Ja Nein
- 4.3. Leiden Sie an Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Sprachproblemen Schluckproblemen? Ja Nein
- 4.4. Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen? Ja Nein
- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?
 Nein Ja, in folgendem/n Bereich/en: _____
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt? Ja Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infekten (≥ 5 Infektionen/Jahr)? Ja Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? Ja Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen? Ja Nein
- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst? Ja Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein
- 6.4. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? Ja Nein
- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen? Ja Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können? Nein Ja, weil _____
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? Ja Nein
- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)? Nein Ja, folgende: _____
- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein? Nein Ja, folgende: _____
- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten? (z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.) Nein Ja, und zwar _____

Aufnahmebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

Praxis Kulbatzki
Inhaber: Sven Blum
Physiotherapeut

Herzlichen Willkommen!



Liebe/r Patient/in, meine Kollegen/innen und ich freuen uns, Sie in unserer Physiotherapiepraxis Kulbatzki begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen eine baldige Genesung. Um Sie hierbei optimal unterstützen und betreuen zu können, benötigen wir einige allgemeine und spezielle Informationen über Sie und Ihre Gesundheit. Daher bitten wir Sie, unser Aufnahmeformular nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Falls Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an.

Meine Daten

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Haus-Nr.

PLZ und Ort

Telefon (Mobil)

Telefon (Festnetz)

Telefon (Arbeit)

E-Mail

Überweisende/r Arzt/Ärztin

Hausarzt/Hausärztin

Wie sind Sie auf unsere Physiotherapiepraxis aufmerksam geworden?

Arzt Familie Freunde/Bekannte Arbeitskollegen Internet Sonstige

Befinden Sie sich in einer Rehamaßnahme?

ja nein

Werden Sie zum jetzigen Zeitpunkt in einer anderen Physiotherapiepraxis behandelt?

ja nein

Für Kassenpatienten/innen:

Ich bin zuzahlungspflichtig Ich bin zuzahlungsbefreit (Bitte Ausweis vorlegen)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten.

Ort, Datum

Unterschrift