

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Geschlecht: m / w / d

Telefon / Mobil: _____ Email: _____

Beruf/letzte Tätigkeit: _____

Haltung/Belastung: ☐ sitzen ☐ vorw. sitzen ☐ vorw. stehen/gehen ☐ schwer körperlich

Ich bin: ☐ rechtshändig ☐ linkshändig

Hobby/Freizeit: _____

Sport: ☐ regelmäßig (>2x/Wo. mind. 30min.) ☐ häufig (1x/Wo mind. 30min.) ☐ gelegentlich (> 30min./14Tage) ☐ selten/nie

meine Sportart(en): _____

Welche sind aktuell Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte zeichnen Sie ein:

KRANKHEITSGESCHICHTE

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

Gab es einen Auslöser (Sturz, Unfall, etc.)?

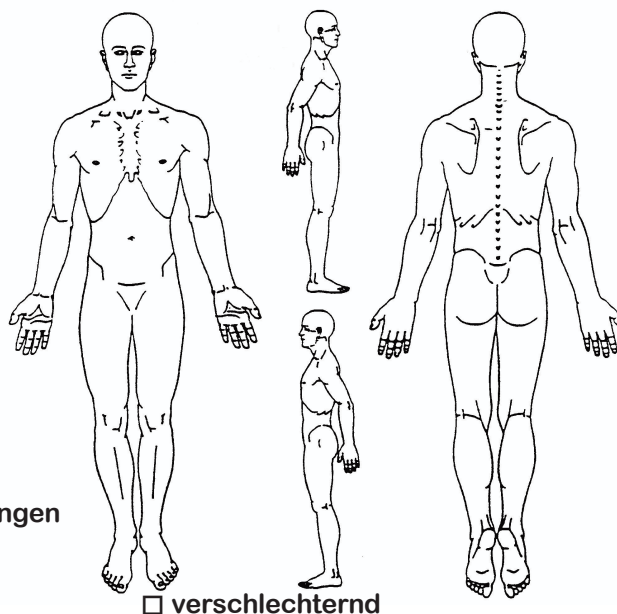
☐ ja: _____
☐ nein

Die Beschwerden sind:

☐ permanent ☐ mit Unterbrechungen

Seit Beschwerdebeginn:

☐ besser werdend ☐ gleich bleibend



☐ verschlechternd

Welche Maßnahmen zur Diagnostik wurden bisher durchgeführt?

☐ Röntgen ☐ CT ☐ MRT

Befund:

Welche Therapiemaßnahmen wurden bisher durchgeführt?

☐ Physiotherapie ☐ Osteopathie/Heilpr.
☐ Akupunktur ☐ Andere:

Resultat:

SCHMERZANAMNESE:

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?

0 ----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Wie stark waren diese innerhalb der letzten 24h?

0 ----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Wie stark waren Ihre Schmerzen maximal?

0 ----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Erklärung:

0 = gar kein Schmerz

10 = größter, vorstellbarer Schmerz („Vernichtungsschmerz“)

Was verbessert Ihre Beschwerden? _____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

Erklärung: z.B. Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Bücken, Tragen

Haben Sie Schmerzen beim Husten/Niesen/Pressen/Schlucken (bitte einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie nachts Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Schlaf gestört? Schlafposition (bitte einkreisen): SL li. / SL re. / RL / BL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle, oder Operationen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, oder nächtliches Schwitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie momentan regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Falls „ja“, welche? _____

Haben Sie Angst/Bedenken, dass Bewegung/Belastung Ihrem Problem schadet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Was sind Ihre Erwartungen/Ziele für die Therapie?

NEBENERKRANKUNGEN:

Haben Sie diagnostizierte Knochen- oder Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Rheuma / Arthrose / Arthritis / Osteoporose / Fibromyalgie / Bechterew / Andere</i>		

Leiden Sie unter Herz-Kreislaufferkrankungen? (Zutreffendes bitte einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Herzinfarkt/Bypass / Arteriosklerose / Thrombose/Krampfadern / niedriger Blutdruck / Bluthochdruck: letzter Wert:</i>		

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Zutreffendes bitte einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Übergewicht / Schilddrüsen <input type="checkbox"/> -Überfunktion od. <input type="checkbox"/> -Unterfunktion / Gicht / Diabetes mellitus Typ: ____ / Fettstoffwechselstörung</i>		

Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Zutreffendes bitte einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Magen / Darm / Blase / Verstopfung / Inkontinenz / Asthma / COPD</i>		

Aufklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden bin.

Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese durch Ihren Therapeuten vor Therapiebeginn durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.

Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und willige in diese Regelungen ausdrücklich ein.

Datum/Unterschrift Patient (ggf. gesetzlicher Vertreter)