

Patientenfragebogen Physiotherapie

Liebe/r Patient/in,

dieser Fragebogen dient der Information für eine fundierte physiotherapeutische Behandlung. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Um einen reibungslosen Ablauf zu unterstützen wäre es günstig, diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung zu bearbeiten, indem Sie ihn 15 Minuten vor Behandlungsbeginn ausfüllen.

Allgemeine Daten:

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Vorname:

Telefon:

Versichertenstatus:

Überweisender Arzt:

Bei Terminerinnerungswunsch per E-Mail, geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an:

Ich komme aus folgendem Anlass:

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Schmerzverlauf: (bitte ankreuzen)

- ☐ Zugunommen
☐ Abgenommen
☐ Gleich geblieben

- ☐ ständig vorhanden
☐ nur zeitweise spürbar (wann)
☐ nicht akut aber wiederkehrend

Rückseite beachten

Wie fühlt sich der Schmerz, bzw. die Beschwerdesymptomatik an? (Bitte ankreuzen)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Stechend | ☐ hell | ☐ dumpf | ☐ pochend | ☐ ziehend | ☐ krampfend |
| ☐ Kribbelnd | ☐ brennend | ☐ taub | ☐ warm/kalt | ☐ schwer | ☐ steif |

Welche Faktoren verschlimmern die Beschwerden (Belastung/Ruhe)?

Welche Faktoren verschaffen Ihnen Erleichterung?

Können Sie den Schmerz provozieren?

Sind Sie bereits aufgrund dieser Beschwerden in Behandlung gewesen?

Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (Bitte unterstreichen)

Herz-/Kreislaufbeschwerden; Atemwegserkrankungen; Gefäßerkrankungen; Diabetes;
Blutgerinnungsstörungen; Schwindel; Lähmungen; Missempfindungen; Allergien; Osteoporose

Andere Erkrankungen: _____

Unfälle, Stürze, Schleudertrauma: _____

Operationen: _____

Medikamente: _____

Metallimplantate: _____

Sonstiges: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: _____

Unterschrift (Patient/in) _____