

PATIENTENFRAGEBOGEN

ERSTKONTAKT PHYSIOTHERAPIE



HERZLICH WILLKOMMEN BEI PHYSICAL SPORTS!

Damit wir Sie bestmöglich behandeln können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen bitte vollständig und in Ruhe auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



1. PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____ Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

 Straße / Hausnummer _____ PLZ / Ort _____
 Beruf / Tätigkeit _____ Krankenkasse _____
 Hausarzt _____
 Überweisender Arzt (falls vorhanden) _____



2. KONTAKT-DATEN

Telefon _____ Mobil _____
 E-Mail-Adresse _____



3. BEHANDLUNGS-ANLASS

Weshalb besuchen Sie unsere Praxis? _____
 Welche Beschwerden haben Sie aktuell? _____
 Seit wann bestehen die Beschwerden? _____
 Wie stark sind Ihre Beschwerden aktuell?
 Bitte ankreuzen (0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
keine Schmerzen												stärkste Schmerzen



4. MEDIKAMENTE UND EINNAHME

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
 Wenn ja, welche? _____



1. GESUNDHEITSCHECK

Bitte ankreuzen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Ja ☐ Nein Herzinfarkt | ☐ Ja ☐ Nein Herzrhythmusstörungen | ☐ Ja ☐ Nein Thrombose |
| ☐ Ja ☐ Nein Schlaganfall | ☐ Ja ☐ Nein Herzschrittmacher | ☐ Ja ☐ Nein Atemwegserkrankungen |
| ☐ Ja ☐ Nein Epilepsie | ☐ Ja ☐ Nein Osteoporose | ☐ Ja ☐ Nein Neurologische Erkrankungen |
| ☐ Ja ☐ Nein Diabetes mellitus | ☐ Ja ☐ Nein Rheuma | ☐ Ja ☐ Nein Allergien |
| ☐ Ja ☐ Nein Bluthochdruck | ☐ Ja ☐ Nein Tumorerkrankungen | ☐ Ja ☐ Nein Einnahme von Blutverdünnern |



2. WEITERE DIAGNOSEN

Weitere Diagnosen oder chronische Erkrankungen (bitte eintragen):

Sonstige wichtige Erkrankungen:



3. OPERATIONEN / KRANKENHAUS-AUFENTHALTE

Wurden Sie bereits operiert oder waren Sie im Krankenhaus?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, bitte eintragen:



4. WARNHINWEISE (BITTE ANKREUZEN)

Besteht aktuell oder in den letzten Wochen eines der folgenden Symptome?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Nachschmerzen | ☐ Schwindel | ☐ Blasenstörungen |
| ☐ Fieber | ☐ Übelkeit | ☐ Darmstörungen |
| ☐ Ungewollter Gewichtsverlust | ☐ Kribbeln / Taubheit | ☐ Sonstiges: <hr/> |



5. THERAPIEZIELE

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Schmerzen reduzieren | ☐ Alltagsaktivitäten erleichtern |
| ☐ Beweglichkeit verbessern | ☐ Sportliche Leistungsfähigkeit verbessern |
| ☐ Muskulatur aufbauen | ☐ Haltung verbessern |
| ☐ Ausdauer verbessern | ☐ Sonstiges: <hr/> |



6. NOTFALLKONTAKT (ANGABE FREIWILLIG)

Name, Vorname

 Telefon / Mobil

Verhältnis zum Patienten



7. EINVERSTÄNDNIS UND UNTERSCHRIFT

Ich bestätige, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet habe.
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und Befunde für die Behandlung elektronisch gespeichert und vertraulich behandelt werden.

 Ort, Datum

 Unterschrift Patient / in

X



KOMPETENT

Erfahrenes und qualifiziertes Team



INDIVIDUELL

Maßgeschneiderte Therapie für Ihre Bedürfnisse



NACHHALTIG

Für Ihre Gesundheit – heute und morgen

Wir freuen uns auf Sie!

