

Patientenfragebogen – Physiotherapie

Lieber Patient/in der Fragebogen dient der vertraulichen Datenerhebung, die für deine fundierte physiotherapeutische Behandlung wichtig sein kann.

Allgemeine Daten

Name:

Adresse:

Tel.:

Email:

Alter:

überweisender Arzt:

Hobbies:

Beruf:

Ich komme aus folgendem Anlass:

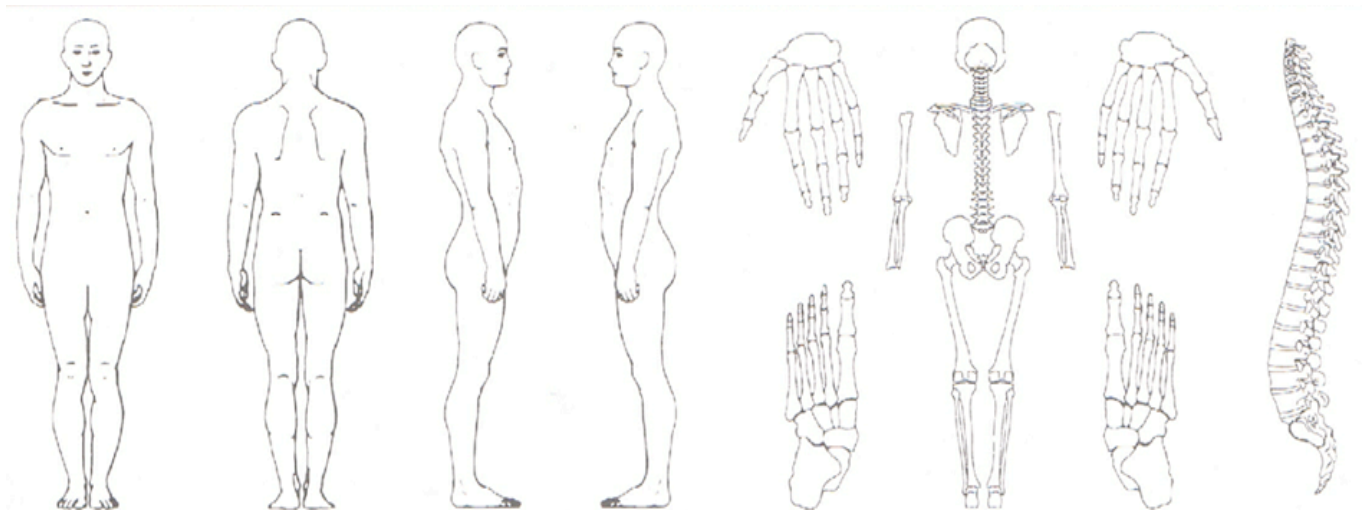
Seit wann haben sie die Beschwerden?

Bitte geben sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) – 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich (z.B. wie Hand verbrühen!)

Schmerzverlauf. Bitte ankreuzen!

Bitte markieren sie den Ort Ihrer Beschwerden!



Welche Maßnahmen der Diagnostik und Therapie wurden bisher durchgeführt (bitte ankreuzen):

Röntgen CT Kernspin Spritzen Massage Physiotherapie Anderes

Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten ...

zugenommen abgenommen gleichgeblieben ständig da zeitweise spürbar nicht akut

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- stechend, hell dumpf pochend krampfend ziehend verbunden mit kribbeln
 Wärme oder Kälte Schwere brennen taub verbunden mit Steifigkeit

Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden?

schlecht bei:

- Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Stress

besser bei:

- Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Ablenkung

Können Sie die Schmerzen provozieren? Wenn ja, wie?

Haben sie Schmerzen beim

- Husten Niesen Pressen Einatmen Schlucken

Beschwerden im HNO-Bereich, auch abgelaufene Prozesse. Bitte ankreuzen!

- Nasennebenhöhle Kiefernhöhle Stirnhöhle Mittelohr
 Ohrgeräusche laufende Nase Schwerhörigkeit

Schwindel

- ständig bei Lagewechsel nur manchmal abhängig vom Blutdruck

Beschwerden in den Bronchien und der Lunge

- häufige Bronchitis Lungenentzündung Asthma allergische Atembeschwerden Atemnot

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich?

- Bluthochdruck zu niedriger Blutdruck Beklemmungen spürbare Herzschläge
 Herzinfarkt OP Krampfadern gestaute Beine Thrombosen Embolien

Probleme im Verdauungsapparat?

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl Sodbrennen
 Nahrungsmittelallergie Nahrungsmittelunverträglichkeit

Beschwerden im urologischen Bereich?

- Blasenentzündungen, wie oft? Nierensteine Reizblase ständiger Harndrang
 Probleme beim Wasser lassen/halten Prostata

Gynäkologischer Bereich

- Schmerzen vor, während der Regel Beschwerden während des Eisprungs OP
 Probleme während der Schwangerschaft Geburten? Ja/Nein Anzahl: Fehlgeburten? Ja/Nein

Leiden sie an folgenden Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterversorgung) Tumore Diabetes Infektanfälligkeit

Sonstige Erkrankungen:

- Schlaganfall Multiple Sklerose Osteoporose Rheuma Bluterkrankheit

Erfolgte OPs, ungefähre Zeitpunkt

Datum	Ort der OP

Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?

Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen, den schlimmsten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viele Jahre Zeit hat, sich anzupassen.

- 1.
- 2.
- 3.

Nehmen sie Medikamente?

- Blutdruckmittel Blutverdünner Magensäurehemmende Mittel Pille Schmerzmittel

Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen: Leiden sie unter...

- Schlafproblemen Müdigkeit Ruhelosigkeit Schwitzen in der Nacht
 immer wieder leicht erhöhter Temperatur geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten

Datum:

Unterschrift _____