



heutiges Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben, unsere physiotherapeutischen Leistungen zu nutzen. Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Deshalb benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vorname

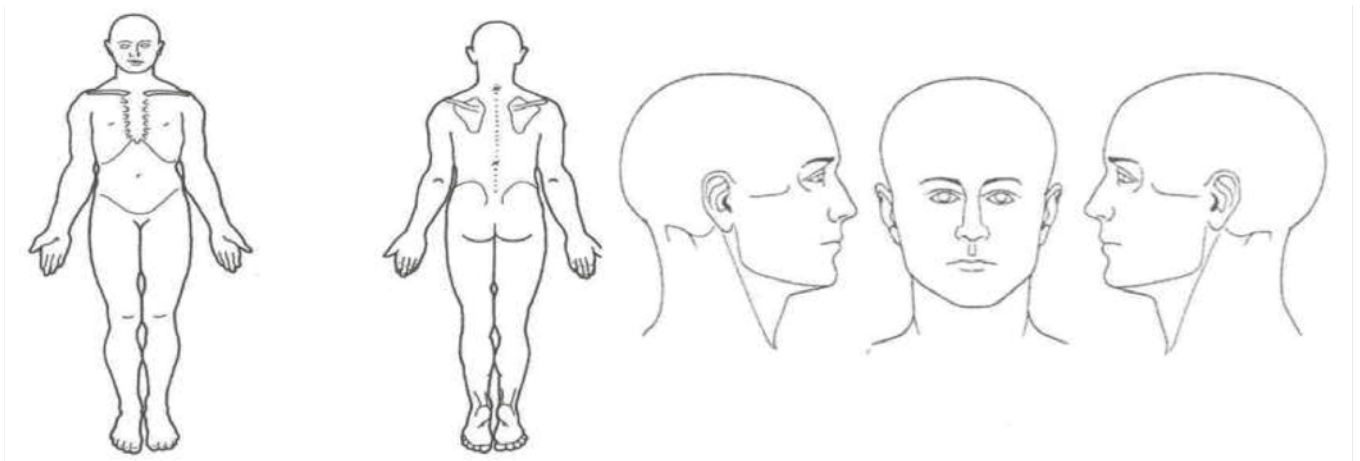
Name

Geburtsdatum

Beruf / ausgeübte Tätigkeit

Sport / ausgeübte Bewegung

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



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden? Seit wann?

6.) Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?

0 = kein Schmerz / 10 = maximaler Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

7.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?

0 = kein Schmerz / 10 = maximaler Schmerz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden
(Sturz, Unfall, etc.)?

8.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

5.) Haben Sie Schmerzen? Welche? Wann?

9.) Ist Ihre Sensibilität verändert

(Kribbelausschläge / Taubheit)?

Ja Nein

Wenn ja, wo:

10.) Haben Sie einen Kraftverlust?

Ja Nein

Wenn ja, wo:

0 = keine Kraft / 10 = maximaler Kraft

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11.) Welche Hilfsmittel benutzen Sie momentan?

12.) Was verbessert Ihre Beschwerden?

Aktivität	Bewegung	Ruhe
Stehen	Sitzen	Liegen
Gehen	Tragen	

13.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Aktivität	Bewegung	Ruhe
Stehen	Sitzen	Liegen
Gehen	Tragen	

14.) Haben Sie Beschwerden?

permanent	mit Unterbrechnungen
gleichbleibend	besser werdend
verschlechternd	

15.) Haben Sie Schmerzen beim:

Husten	Niesen
Pressen	Schlucken

Ja Nein

16.) Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

Ja Nein

17.) Sind Sie schwanger?

Ja Nein

18.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?

Ja Nein

19.) Haben / hatten Sie weitere Erkrankungen?

(z. B. Herz-, Lungenerkrankung, etc.)

Ja Nein

Wenn ja, welche:

20.) Nehmen Sie momentan Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

21.) Hatten Sie schon Unfälle und / oder Operationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

22.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen	Computertomographie
Kernspinttomographie (MRT)	Spritze
Massage	Physiotherapie
Anderes:	

22.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?



seit 1993

Barbara Diekhöfer
Praxis für Krankengymnastik

Genthiner Straße 5
45711 Datteln

Termine und Beratung:

Telefon: (02363) 53445

Telefax: (02363) 561337

E-Mail: anmeldung@barbara-diekhoefer.de

www.barbara-diekhoefer.de