

# PATIENTENFRAGEBOGEN

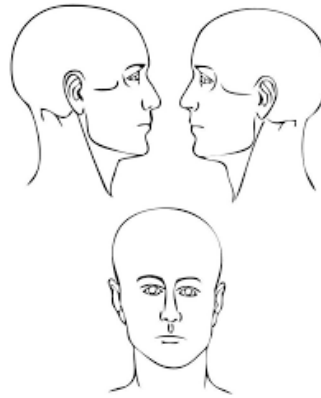
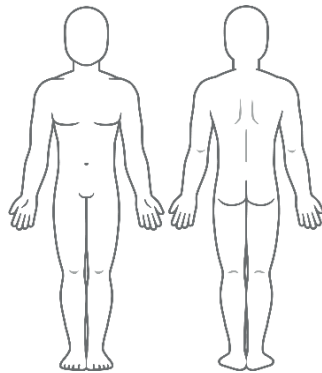
Liebe Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit unsere Therapeuten Sie optimal behandeln können, benötigen wir von Ihnen vorab einige Informationen. Daher bitten wir Sie freundlich den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. **Wo** sind Ihre Beschwerden?  
(Bitte markieren Sie in folgender Zeichnung den/die Bereich/e)



2. **Was** sind Ihre Beschwerden?
- Schmerzen
  - Bewegungseinschränkungen
  - Sensibilitätsstörungen
  - Kraftverlust
  - \_\_\_\_\_ (eigene Angaben)
3. Seit **wann** haben Sie die Beschwerden?
4. Wurden die Beschwerden durch ein **bestimmtes Ereignis ausgelöst**? (Operation, Unfall, Sturz etc.)  
\_\_\_\_\_
5. Hatten Sie bereits **Operationen**?  nein  ja, welcher Grund
6. Was bereitet ihnen im **Alltag** Beschwerden?
7. Haben Sie ihre Beschwerden **permanent** oder mit **Unterbrechungen**? Bitte unterstreichen
8. Sind ihre Beschwerden **gleich bleibend/ besser werdend/ schlechter werdend**? Bitte unterstreichen
9. Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, etc.) Bitte unterstreichen
10. Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (Ruhe, Bewegung, Wärme, Kälte, Psychischer Stress etc.)  
Bitte unterstreichen
11. Haben Sie Schmerzen beim **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? Bitte unterstreichen
12. Wo würden Sie Ihre Beschwerden auf einer **Schmerzskala** von 1 bis 10 einordnen? Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maximaler Schmerz
13. Haben Sie **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen**?  nein  ja
14. Sind Sie **Schwanger**?  nein  ja
15. Leiden Sie unter **Kopfschmerzen**?  nein  ja

16. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle oder Schluckstörungen**?

17. Haben Sie bereits **Vorerkrankungen**?

Erkrankungen des Bewegungssystems  
(Knochenbrüche, Bandrupturen, Bandscheibenvorfall, Erkrankungen der Wirbelsäule, Operationen am Bewegungssystem etc.)

nein  ja, welche?

**Herz-Kreislaufferkrankungen** (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz)

nein  ja, welche?

**Erkrankungen des Nervensystems** (Schlaganfall, Lähmungen, Parkinson, Sensibilitätsstörungen)

nein  ja, welche?

**Erkrankungen des Lymphsystems** (Lymphödem, Lipolymphödem, Entfernung von Lymphknoten)

nein  ja, welche?

**Erkrankungen systematischer Ursache** (Diabetes, Rheuma, Osteoporose)

nein  ja, welche ?

18. Nehmen Sie momentan **Medikamente**?  nein  ja, welche?

19. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**?  nein  ja, welche?

20. Haben Sie **Nachts Schmerzen**?  nein  ja

21. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet **abgenommen**?  nein  ja

22. Hatten Sie in den letzten Wochen **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**?  nein  ja

23. Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit ihrem Hauptproblemen nicht im Zusammenhang stehen?

(Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)  nein  ja, welche?

24. Glauben Sie das ihr **Problem langfristig anhalten wird**?  nein  ja

25. Vermeiden Sie Aktivitäten aus **Angst** die Symptome zu provozieren?  nein  ja

26. Waren Sie bereits in **physiotherapeutischer Behandlung**?

nein  ja, wann und aus welchem Grund?

27. Machen Sie regelmäßig **Sport**?

nein  ja, welchen?

28. Was sind Ihre Erwartungen und Wünsche an die Behandlung in unserer Praxis?

---

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Physiotherapie Praxis Anton Viehbeck meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Physiotherapie Praxis vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

---

---