PHYSIOTHERAPIE im Seecarré

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden.

Name:_____Vorname:_____

Adresse:_____

Telefon:_____Mobil:_____

Email:_____

Versicherung (bitte einkreisen): Privat; Privat mit Beihilfe; Gesetzlich; Andere_____

Geb.datum:_____Beruf:_____Sport/Hobby:_____

Hausarzt:_____

Operateur/Klinik:_____

Rehaklinik: _____

Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Ansonsten werden diese - sofern sie nicht neu belegt werden können - privat in Rechnung gestellt (§ 615 BGB).

Eine Absage kann mündlich per Telefon oder auf dem Anrufbeantworter sowie schriftlich per Email erfolgen. Die Ausfallgebühren richten sich nach dem jeweiligen Kassensatz und müssen von dem Patienten privat getragen werden (Kassen- und Privatpatienten). Nach entrichten der Ausfallgebühr kann ein Ersatztermin vereinbart werden.

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden/ überweisenden Arzt bzw. Hausarzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen (z.B. Therapieberichte auch per Email).

Datum:_____Unterschrift:_____

Medizinische Informationen

1.) Welche **Art von Operation** wurde bei Ihnen durchgeführt? _____

2.) **Wann** war die **Operation** (Datum)? _____

3.) Haben Sie nach der Operation eine **Reha Maßnahme** wahrgenommen? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, geben Sie bitte Ort und Zeitraum an: _____

4.) Haben Sie **postoperative Beschwerden**? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche (bitte einkreisen oder ergänzen)?

Belastungsschmerzen / Ruheschmerzen / Schwellungen / Steifheit /Bewegungseinschränkungen /Müdigkeit / Schwäche /Blutergüsse / Übelkeit /Erbrechen / Verstopfungen / Wundheilungsstörungen / Infektion / Andere_____

5.) Gab es während oder nach der Operation **Komplikationen**? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? _____

6.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?

(Kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)

7.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? _____

8.) Nutzen Sie seit der Operation **Hilfsmittel** (z.B. UAGS, Rollator, Anziehhilfen, etc.)? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? _____

10.) Hatte Sie bereits **vor** Ihrer Operation **Beschwerden** an der betroffenen Stelle? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, wie lange? _____

9.) Hatten Sie in der **Vergangenheit** bereits ähnliche operative Eingriffe an der betroffenen Stelle? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? _____

10.) Gibt es bekannte **Nebenerkrankungen**? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? _____

Informationen zu Ihrem Alltag

1.) Wie sieht Ihre **häusliche Situation** aus? (Bitte markieren Sie zutreffend):

- ☐ Ich lebe allein
- ☐ Ich lebe mit meinem Partner / meiner Partnerin
- ☐ Ich lebe mit meiner Familie
- ☐ Ich lebe in einem Pflegeheim/ähnlicher Einrichtung
- ☐ Sonstiges (bitte spezifizieren) _____

2.) Gibt es in Ihrem Zuhause **Treppen** oder **andere Hindernisse**? (Bitte markieren Sie zutreffend):

- ☐ Ja, es gibt Treppen.
- ☐ Nein, mein Zuhause ist barrierefrei.
- ☐ Ich bin mir unsicher.
- ☐ Andere (bitte spezifizieren) _____

3.) Sind Sie in der Lage, **alltägliche Aktivitäten** wie An- und Ausziehen, Kochen, Reinigen oder Einkaufen selbstständig auszuführen? (Bitte markieren Sie zutreffend):

- ☐ Ja, ich bin vollständig unabhängig.
- ☐ Ich benötige gelegentlich Hilfe (bitte spezifizieren):
  _____
- ☐ Ich bin auf Unterstützung angewiesen (bitte spezifizieren):
  _____

Physiotherapeutische Informationen

1.) Haben Sie vor Ihrer Operation bereits **Therapeutische oder Ärztliche Behandlungen** erhalten? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? _____

2.) Haben Sie nach Ihrer Operation/Reha bereits **Übungen** für zuhause erhalten? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, sind diese Übungen für Sie hilfreich? **Ja** ☐ **Nein** ☐

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

_____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!