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:_____

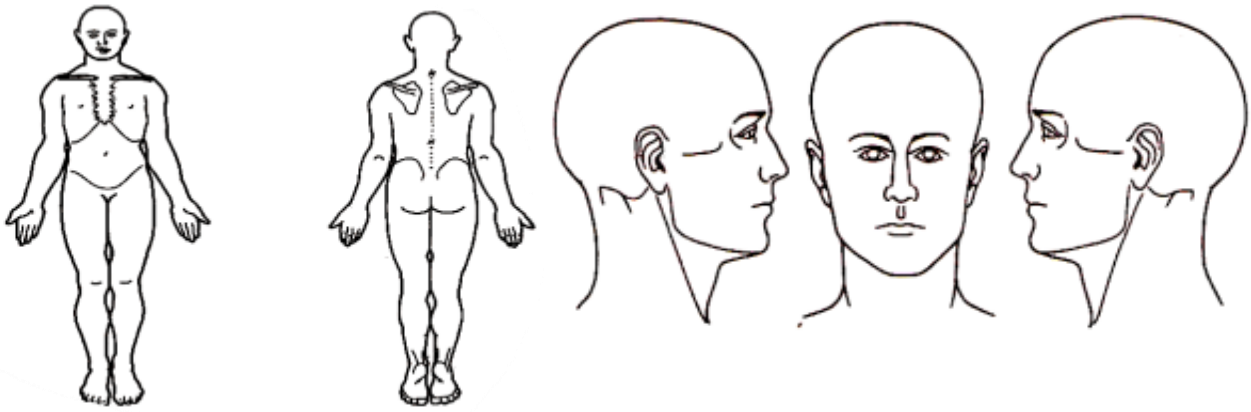
Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Ansonsten werden diese - sofern sie nicht neu belegt werden können - privat in Rechnung gestellt (§ 615 BGB).

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:_____

1.) **Wo** haben sie Ihre **Probleme** (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie **Schmerzen**? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, wo? _____

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, inwiefern? _____

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, inwiefern? (z.B. Brennen, Kribbeln, Taubheitsgefühl, etc.) _____

5.) Ist Ihre **Kraft** verändert? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, inwiefern? _____

6.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____

8.) Sind die **Beschwerden** in der **Vergangenheit** schon mal aufgetreten? **Ja** ☐ **Nein** ☐

9.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent / mit Unterbrechungen**?

10.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen,

Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts,

Sonstiges: _____

11.) 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)

12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **besser werdend / gleichbleibend / verschlechternd**

13.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn Ja, welcher? (z.B. Sturz, Unfall, etc.) _____

14.) Leiden Sie unter **Parallelbeschwerden** (bitte einkreisen oder ergänzen)? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit,

Schluckbeschwerden, Doppelbildern, Andere_____

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

Wenn ja, welche? _____

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

Wenn ja, welche? _____

17.) Nutzen Sie **Hilfsmittel** in Ihrem Alltag? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche? (UAGS, Rollator, etc.) _____

18.) Wurden bereits Maßnahmen zur **Diagnostik oder Therapie** bei Ihnen durchgeführt? **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn ja, welche (bitte einkreisen oder ergänzen)? Röntgen / CT / MRT / Ultraschall / Physiotherapie / Osteopathie / Spritzen / Massage / Training / Andere_____

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

_____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!