

Patientenfragebogen Physiotherapie Schmidt



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

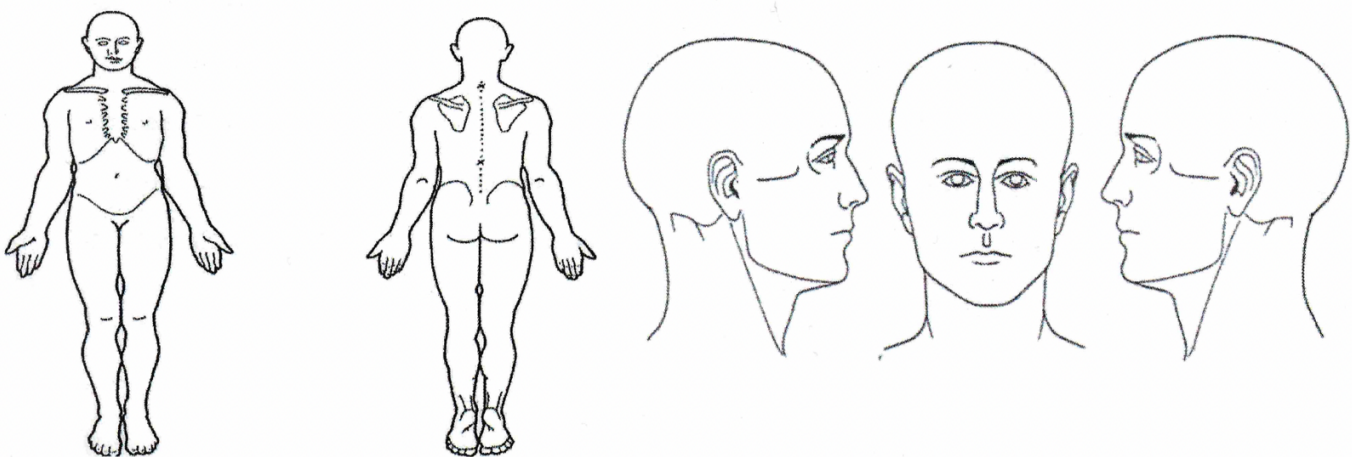
Beruf:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, es ist uns ein großes Anliegen und unser Ziel, Sie optimal zu behandeln und Sie bei Ihren Gesundheitszielen zu betreuen. Hierfür benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ich komme aus folgendem Anlass (Hauptbeschwerden, Verlauf, Operation, Unfall)

1.) Wo haben Sie Ihre **Probleme / Schmerzen** (bitte einzeichnen)



2.) Bitte geben Sie auf einer Skala von 0 (keinerlei Schmerzen) bis 10 (unerträgliche Schmerzen) Ihren momentanen Schmerz an (bitte zutreffendes einkreisen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.) Beschreiben Sie Ihren Schmerzverlauf (bitte zutreffendes einkreisen)

permanent / mit Unterbrechungen (schmerzfreie Phasen) / permanent mit wechselnder Intensität

4.) Wie fühlen sich Ihre Schmerzen an? (bitte zutreffendes ankreuzen)

stechend brennend ziehend pochend dumpf krampfend

5.) Die Probleme / die Schmerzen sind seit dem ersten Auftreten (Bitte zutreffendes ankreuzen)

gleichbleibend besser schlechter akut

6.) Was verbessert (bitte unterstreichen) bzw. was verschlechtert? (Bitte umkreisen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Heben, Überkopfarbeit, Greifen, Hand auf den Rücken, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts

Bitte wenden

- 7.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein
- 8.) Ist Ihre Sensibilität verändert? (z.B. Kribbeln, Taubheit) ja nein
- 9.) Ist Ihre Kraft verändert? (z.B. Kraftlosigkeit, Lähmung) ja nein
- 10.) Leiden Sie unter Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Benommenheit, Schluckbeschwerden Doppelbildern ja nein
- 11.) Haben Sie Nebenerkrankungen wie: Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose?
Sonstige: _____ ja nein
- 12.) Nehmen Sie momentan Medikamente und wenn ja, welche?
(Überbegriff ausreichend: z.B. Blutverdünner, Kortison, Beta-Blocker usw.) ja nein

- 13.) Hatten Sie jemals eine Tumor- oder Krebserkrankung? ja nein
- 14.) Haben Sie nächtliche Schmerzen / extremes Schwitzen? ja nein
- 15.) Haben Sie sonstige Beschwerden? (Bitte zutreffendes einkreisen)
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe?
- 16.) Durch Ihre Beschwerden fühlen Sie sich stark beeinflusst, können Ihren gewohnten körperlichen Aktivitäten nicht nachgehen und verhalten sich insgesamt verlangsamt? ja nein
- 17.) Sie machen sich Sorgen und haben das Gefühl, dass Ihre Beschwerden nicht mehr besser werden und Sie die Freude an alltäglichen Dingen verloren haben? ja nein
- 18.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (Bitte einkreisen)
Röntgen / MRT / CT / Spritzen Therapie / Physiotherapie / Training / andere: _____
- 19.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung
und Ihr Vertrauen!

