

Patientenfragebogen – Physiotherapie

Lieber Patient/in, der Fragebogen dient der vertraulichen Datenerhebung, die für eine fundierte physiotherapeutische Behandlung wichtig ist.

Allgemeine Daten:

Name:	Anschrift:
Tel.:	Email:
Alter:	überweisender Arzt:
Beruf:	Hobbies:
Größe:	Gewicht:

Ich komme aus folgendem Anlass/ Erkrankung/Verletzung/OP:

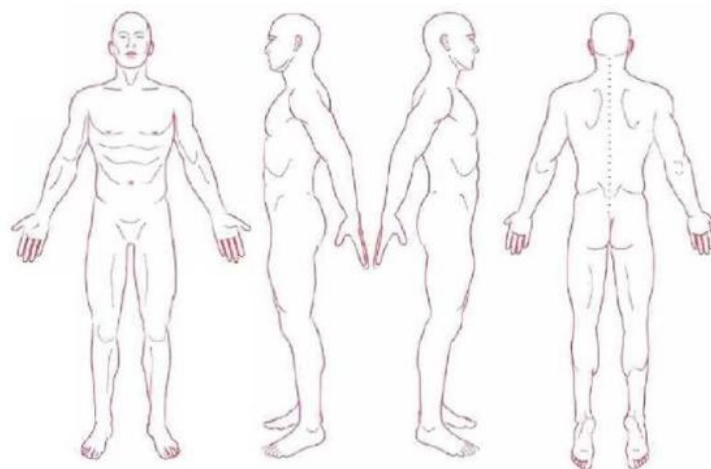
Seit wann haben sie die Beschwerden?

Bitte geben sie auf einer Scala von 0(kein Schmerz) – 10 (unerträglicher Schmerz) ihre momentanen Schmerzen an:

In Ruhe:

Unter Belastung:

Bitte markieren sie den Ort ihrer Beschwerden (X)



Welche Maßnahmen der Diagnostik und Therapie wurden bisher durchgeführt (bitte ankreuzen)

Röntgen CT Kernspin Spritzen Physiotherapie Massage Anderes

Beschwerden Wirbelsäule:

HWS BWS LWS Bandscheibenvorfall Skoliose Sonstiges

Gelenkbeschwerden:

Knie Hüfte Schulter Sonstiges

Knochen- und Gelenkserkrankungen:

Rheuma akute Entzündungen Osteoporose Arthrose Fibromyalgie

Herz- Kreislaufferkrankungen:

Bluthochdruck (letzten Werte /) niedriger Blutdruck Herzinfarkt/ Bypass wann
 Thrombose

Stoffwechselerkrankungen:

Übergewicht Schilddrüsenfehlfunktion Diabetis mellitus Typ1 Typ2 Gicht

Sonstige (chronische) Erkrankungen:

Asthma/ COPD Raucher Tagesmüdigkeit Schwindel Sonstiges

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

Schmerzmittel Betablocker Sonstiges

Arbeitsalltag: sitzend vorwiegend sitzend stehend/gehend schwer körperlich

Tägliche Arbeitszeit: (h/Tag)

Durchschnittliche Schlafzeit:

Belastungen (Stress, körperlich, beruflich, privat):

Momentanes Bewegungsverhalten:

sportlich inaktiv Freizeitsport Leistungssport Gesundheitssport milon/five
 Rehasport

Welche Sportart: Anzahl/Woche , Std./ Woche, regelmäßig? ja/nein

Mein Herzenswunsch/Ziel:

- Bitte informieren sie mich regelmäßig per E-mail zu Gesundheits- und Trainingsthemen**
- Ich möchte meinen Gesundheitszustand aktiv verbessern und interessiere mich für ihren Trainingsbereich (milon/five)**

Datum:

Unterschrift: