CHECKLISTE VOR DER PHYSIOTHERAPIE

Schwangerschaft & Rücken-/Ischiasbeschwerden

Bitte vor der Behandlung ausfüllen. Die Angaben dienen der physiotherapeutischen Sicherheitsabklärung und helfen, die Behandlung an die Schwangerschaft anzupassen.

Name: _____	Datum: _____
Aktuelle SSW: _____	Geburtstermin: _____

1. Schwangerschaft

☐ Einlingsschwangerschaft ☐ Mehrlingsschwangerschaft

Ist die Schwangerschaft bisher komplikationslos verlaufen? ☐ Ja ☐ Nein
Falls nein: _____

Wurde die Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingestuft? ☐ Nein ☐ Ja
Grund: _____

Hat die Frauenärztin/der Frauenarzt körperliche Aktivität oder Physiotherapie eingeschränkt? ☐ Nein ☐ Ja
Welche Einschränkungen? _____

☐ Vorzeitige Wehen in dieser Schwangerschaft

☐ Probleme mit Gebärmutterhals/Muttermund, Plazenta oder Fruchtwasser

2. WICHTIGE WARNZEICHEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

☐ Vaginale Blutung

☐ Fruchtwasserabgang oder Verdacht darauf

☐ Regelmäßige oder schmerzhafte Wehen

☐ Ungewöhnlich starke Unterbauch- oder Beckenschmerzen

☐ Fieber oder starkes Krankheitsgefühl

☐ Starke oder neu aufgetretene Kopfschmerzen / Sehstörungen

☐ Plötzlich starke Schwellungen, besonders Gesicht oder Hände

☐ Atemnot, Brustschmerz, Ohnmacht oder ausgeprägter Schwindel

☐ Einseitige Schmerzen, Schwellung, Rötung oder Wärme eines Beines

☐ Deutlich weniger bzw. ungewöhnlich veränderte Kindsbewegungen

Wenn Sie einen dieser Punkte angekreuzt haben, informieren Sie die Physiotherapeutin/den Physiotherapeuten unbedingt VOR Beginn der Behandlung. Je nach Symptom kann zunächst eine ärztliche bzw. geburtshilfliche Abklärung notwendig sein.

3. WARNZEICHEN BEI RÜCKEN-/ISCHIASBESCHWERDEN

☐ Taubheitsgefühl im Genital-, Damm- oder Afterbereich

☐ Neu aufgetretene Probleme, Urin zu halten oder Wasser zu lassen

☐ Neu aufgetretene Probleme mit der Darmkontrolle

☐ Neu aufgetretene deutliche Schwäche eines Beines

☐ Schwierigkeiten, Fuß oder Zehen anzuheben

☐ Zunehmende Lähmungserscheinungen

☐ Sehr starke, rasch zunehmende oder ungewöhnliche Schmerzen

☐ Beschwerden nach Sturz oder Unfall

Bei neu aufgetretenen Blasen-/Darmstörungen, Taubheit im Damm-/Genitalbereich oder zunehmenden Lähmungserscheinungen ist eine dringende medizinische Abklärung erforderlich.

4. Aktuelle Beschwerden

Schmerzort: ☐ Unterer Rücken ☐ Gesäß rechts ☐ Gesäß links ☐ Bein rechts ☐ Bein links
☐ Leiste ☐ Symphyse/Schambein ☐ ISG/Becken ☐ Andere Stelle: _____

Ausstrahlung: ☐ Nein ☐ Ja - bis: ☐ Oberschenkel ☐ Knie ☐ Wade ☐ Fuß/Zehen

Kribbeln/Taubheit: ☐ Nein ☐ Ja - wo? _____

Kraftverlust: ☐ Nein ☐ Ja - wo/wobei? _____

Schmerzstärke aktuell (0-10): _____ / 10

Seit wann? _____

Was verschlechtert? ☐ Sitzen ☐ Stehen ☐ Gehen ☐ Liegen ☐ Umdrehen im Bett
☐ Treppen ☐ Einbeinstand ☐ Bücken ☐ Husten/Niesen/Pressen ☐ Sonstiges: _____

Was verbessert? _____

5. Medizinische Informationen

Relevante Vorerkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Bandscheibenvorfälle / Operationen / Erkrankungen an Rücken, Becken oder Hüfte?
☐ Nein ☐ Ja: _____

Aktuelle Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja: _____

Empfehlung durch Frauenärztin/Frauenarzt oder Hebamme zu den Beschwerden?
☐ Nein ☐ Ja: _____

6. Vor jeder Behandlung bitte mitteilen

Bitte informieren Sie Ihre Physiotherapeutin/Ihren Physiotherapeuten vor jeder Behandlung, wenn seit dem letzten Termin:

- ☐ Blutungen aufgetreten sind
- ☐ Fruchtwasser abgegangen sein könnte
- ☐ Wehen aufgetreten sind
- ☐ neue Taubheitsgefühle oder Muskelschwäche entstanden sind
- ☐ sich die Kindsbewegungen deutlich verändert haben
- ☐ ärztlich körperliche Schonung empfohlen wurde
- ☐ neue Schwangerschaftskomplikationen festgestellt wurden
- ☐ sich der Allgemeinzustand deutlich verändert hat

Unterschrift Patientin: _____ Datum: _____

Hinweis: Dieser Fragebogen dient der physiotherapeutischen Sicherheitsabklärung und ersetzt keine frauenärztliche, geburtshilfliche oder medizinische Untersuchung. Bei akuten Warnzeichen wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnde Ärztin/Ihren behandelnden Arzt bzw. die zuständige geburtshilfliche Einrichtung.