Matthias Vilsmeier
PHYSIOTHERAPIE

Nehmen Sie sich etwas Zeit für sich und beantworten Sie folgende Fragen.

---------- Allgemeine Informationen ----------

Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers

Kontaktdaten:

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Körperdaten:

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Vorhandenes Blutbild: ◯ ja ◯ nein

Vorhandene aktuelle Befunde (MRT, Röntgen, etc.): ◯ ja ◯ nein

Allgemeine Aktivität:

Berufliche Tätigkeit: _____

Tagesablauf: _____

- sitzen: ◯ dauerhaft ◯ > 2/3 der Arbeitszeit ◯ > 1/3 der Arbeitszeit ◯ (fast) nicht
- stehen: ◯ dauerhaft ◯ > 2/3 der Arbeitszeit ◯ > 1/3 der Arbeitszeit ◯ (fast) nicht
- Bewegung: ◯ > 2/3 der Arbeitszeit ◯ > 1/3 der Arbeitszeit ◯ <1/3 der Arbeitszeit
- Abwechslung: ◯ viel Abwechslung ◯ wenig Abwechslung ◯ fast keine Abwechslung

Sportliche-/Freizeitaktivität:

Sport/Hobby´s: _____

Häufigkeit: _____ Dauer: _____

---------- Gesundheitliches Hauptproblem ----------

Bitte beschreiben Sie uns ihre Beschwerden, unter denen Sie aktuell leiden:

_____

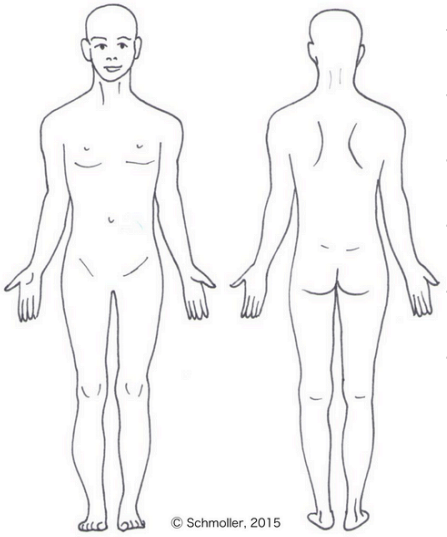
_____

_____

_____

_____

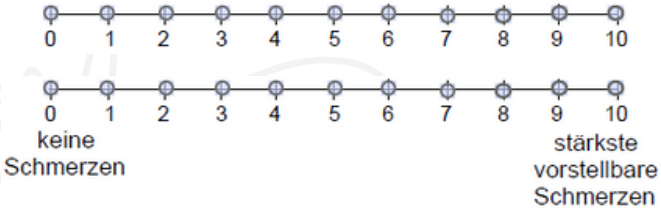
_____



Bitte geben Sie auf den folgenden Skalen ihre jeweilige Schmerzgrenze an:

maximale Schmerzgrenze der letzten 48h:

Bereich in dem sich die Schmerzen bewegen:



Ja	Nein	
◯	◯	Treffen folgende Symptome auf Sie zu? ◯ Kribbeln ◯ Taubheitsgefühle ◯ Lähmungserscheinungen ◯ Spastiken Seit wann haben Sie die Beschwerden: _____
◯	◯	Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?
◯	◯	Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde? Kurze Beschreibung: _____
◯	◯	Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?
◯	◯	Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?
◯	◯	Haben Sie Nachtschmerzen?
◯	◯	Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?
◯	◯	Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten? Welche? _____

Gibt es noch etwas, was Sie uns in Bezug auf ihre Beschwerden mitteilen möchten?

---------- Allgemeiner Gesundheitszustand ----------

Ja	Nein	
◯	◯	Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?
◯	◯	Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
◯	◯	Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)
◯	◯	Leiden Sie unter Seh-/Sprech-/Schluckstörungen?
◯	◯	Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder ungewöhnlichen Husten?
◯	◯	Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?
◯	◯	Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?
◯	◯	Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
◯	◯	Leiden Sie unter folgenden Symptomen?
		◯ Schwindel ◯ Übelkeit ◯ Erbrechen
◯	◯	Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie?
◯	◯	Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?
		Falls ja, weshalb: _____

Ergränzungen des/der Physiotherapeut/in:

---------- Vor-/Neben- Erkrankungen ----------

Ja	Nein	
◯	◯	Haben Sie Unverträglichkeiten bzw. Allergien
		Wenn ja, welche: _____
◯	◯	Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?
◯	◯	Haben Sie bei körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
◯	◯	Sind Sie generell weniger leistungsfähig / kommen schnell außer Atem?
◯	◯	Sind bei Ihnen nachfolgende (chronische) Erkrankungen bekannt:

◯ Diabetes mellitus I/II ◯ Osteoporose
◯ Arteriosklerose ◯ Krebs
◯ Blutgerinnungsstörungen ◯ Störung der Schilddrüse
◯ Organstörungen ◯ Hepatitis
◯ HIV / AIDS ◯ Hormonstörungen
◯ Blutdruckveränderungen ◯ neurologische Erkrankungen
◯ Rheumatische Erkrankung
◯ Sonstige: _____

◯ ◯ Nehmen/Nahmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

Grund der Einnahme	Medikament/Präparat	Seit/Wie lange

◯ ◯ Haben Sie mal über längere Zeit Kortison eingenommen?

◯ ◯ Hatten Sie bereits Operationen / medizinische Eingriffe? (Zeitangabe)

◯ ◯ Gab es in Ihrer Familie Fälle von:

Krebs Osteoporose Herzerkrankungen
Schlaganfall Sonstiges: _____

---------- Weitere Gesundheitsfaktoren ----------

Konsumverhalten:

Trinken Sie Alkohol? ◯ Ja ◯ Nein

Welchen?_____ Wie viel?_____ Wie oft? _____

Rauchen bzw. haben Sie geraucht? ◯ Ja, ich rauche ◯ ich habe geraucht ◯ nein

Was? _____ Wie viel?_____ Wie oft? _____

Schlafverhalten:

Haben Sie eine geregelte Schlafenszeit? ◯ Ja (Uhrzeit) _____ ◯ Nein

Wie lange schlafen Sie?_____

Haben Sie Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen? (unterstreichen) ◯ Ja ◯ Nein

Wie schätzen Sie ihre aktuelle Schlafqualität ein?

◯ sehr gut ◯ gut ◯ mäßig ◯ schlecht ◯ sehr schlecht

Trink- & Essverhalten:

Wie viel trinken Sie ca.?_____

Welche Getränke bevorzugen Sie? _____

Welche Lebensmittel bevorzugen Sie?_____

Stresszustand:

Wie schätzen Sie selber ihren momentanen psychischen Gesundheitszustand ein?

◯ sehr gut ◯ gut ◯ mäßig ◯ schlecht ◯ sehr schlecht

Sonstiges:

Was machen Sie selbst bereits, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen?

_____

Womit wurden Sie bisher behandelt?

◯ Medikamente ◯ Krankengymnastik ◯ Heilpraktiker ◯ Akupunktur ◯ _____

Was erwarten Sie bzw. welches Ziel streben Sie durch unsere Therapie an?

_____

_____

Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

Datum, Unterschrift