

## Patientenfragebogen – Physiotherapie

Lieber Patient/in der Fragebogen dient der vertraulichen Datenerhebung, die für deine fundierte physiotherapeutische Behandlung wichtig sein kann.

### Allgemeine Daten

Name:

Adresse:

Tel.:

Email:

Alter:

überweisender Arzt:

Hobbies:

Beruf:

**Ich komme aus folgendem Anlass:**

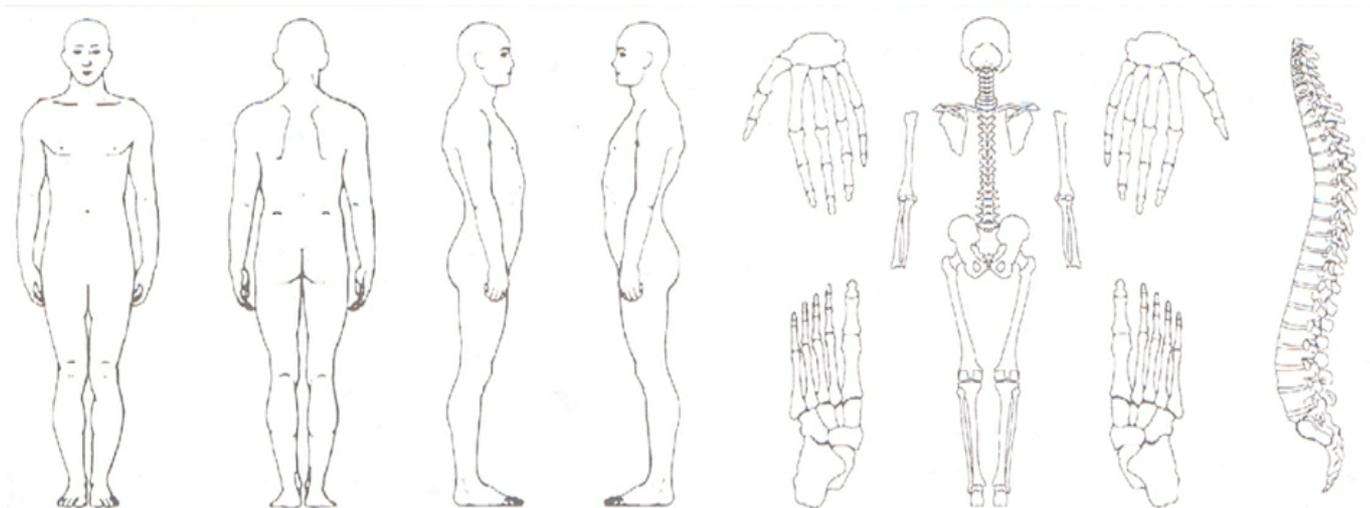
**Seit wann haben sie die Beschwerden?**

**Bitte geben sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) – 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:**

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich (z.B. wie Hand verbrühen!)

**Schmerzverlauf. Bitte ankreuzen!**

**Bitte markieren sie den Ort Ihrer Beschwerden!**



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

Röntgen  CT  Kernspin  Spritzen  Massage  Physiotherapie  Anderes

**Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten ...**

zugenommen  abgenommen  gleichgeblieben  ständig da  zeitweise spürbar  nicht akut

**Wie fühlt sich der Schmerz an?**

- stechend, hell  dumpf  pochend  krampfend  ziehend  verbunden mit kribbeln  
 Wärme oder Kälte  Schwere  brennen  taub  verbunden mit Steifigkeit

**Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden?**

**schlecht bei:**

- Bewegung  im Stehen  im Liegen  im Sitzen  in der Nacht  am Morgen  bei Stress

**besser bei:**

- Bewegung  im Stehen  im Liegen  im Sitzen  in der Nacht  am Morgen  bei Ablenkung

**Können Sie die Schmerzen provozieren? Wenn ja, wie?**

**Haben sie Schmerzen beim**

- Husten  Niesen  Pressen  Einatmen  Schlucken

**Beschwerden im HNO-Bereich, auch abgelaufene Prozesse. Bitte ankreuzen!**

- Nasennebenhöhle  Kiefernhöhle  Stirnhöhle  Mittelohr  
 Ohrgeräusche  laufende Nase  Schwerhörigkeit

**Schwindel**

- ständig  bei Lagewechsel  nur manchmal  abhängig vom Blutdruck

**Beschwerden in den Bronchien und der Lunge**

- häufige Bronchitis  Lungenentzündung  Asthma  allergische Atembeschwerden  Atemnot

**Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich?**

- Bluthochdruck  zu niedriger Blutdruck  Beklemmungen  spürbare Herzschläge  
 Herzinfarkt  OP  Krampfadern  gestaute Beine  Thrombosen  Embolien

**Probleme im Verdauungsapparat?**

- Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe  Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl  Sodbrennen  
 Nahrungsmittelallergie  Nahrungsmittelunverträglichkeit

**Beschwerden im urologischen Bereich?**

- Blasenentzündungen, wie oft?       Nierensteine    Reizblase    ständiger Harndrang  
 Probleme beim Wasser lassen/halten    Prostata

**Gynäkologischer Bereich**

- Schmerzen vor, während der Regel    Beschwerden während des Eisprungs    OP  
 Probleme während der Schwangerschaft    Geburten? Ja/Nein   Anzahl:    Fehlgeburten? Ja/Nein

**Leiden sie an folgenden Erkrankungen?**

- Schilddrüsenerkrankungen (Über- oder Unterversorgung )    Tumore    Diabetes    Infektanfälligkeit

**Sonstige Erkrankungen:**

- Schlaganfall    Multiple Sklerose    Osteoporose    Rheuma    Bluterkrankheit

Erfolgte OPs, ungefährer Zeitpunkt

Datum	Ort der OP

**Unfälle, Stürze, Schleudertraumen?**

Hier ist zu beachten, dass oft die ältesten Verletzungen, den schlimmsten Einfluss auf den Körper haben, weil der Körper viele Jahre Zeit hat, sich anzupassen.

- 1.
- 2.
- 3.

**Nehmen sie Medikamente?**

- Blutdruckmittel    Blutverdünner    Magensäurehemmende Mittel    Pille    Schmerzmittel

**Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen: Leiden sie unter...**

- Schlafproblemen    Müdigkeit    Ruhelosigkeit    Schwitzen in der Nacht  
 immer wieder leicht erhöhter Temperatur    geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten

Datum:

Unterschrift \_\_\_\_\_