

### Allgemeiner Patientenfragebogen

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit ihrem behandelten Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen keine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

#### Persönliche Daten

Überweisender Arzt:	Arbeitsunfähig seit:	
Diagnose:	Hilfsmittelverordnung:	
Alter:	Größe:	Gewicht:
Familienstand:	Anzahl der Kinder:	
Freizeitaktivität:	Spezieller Sport:	
Erlerner Beruf:	Jetzige Tätigkeit:	

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

---

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

---

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

---

Woran werden sie im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

---

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

---

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z.B. Wärme; Kälte; Medikamente, Bewegung)

---

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

---

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

---

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja woran und seit wann?

---

Haben sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja welche und wann?

---

Hatten sie Unfälle / schwere Verletzungen und/oder Operationen?

Datum des Unfalls/Verletzung/OP	Art der Verletzung/OP	zurückgebliebene Folgeschäden

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? (ggf. Kopie vom Medikamentenplan)

Name des Medikaments	Art der Einnahme pro Tag	Seit wann erfolgt die Einnahme

Nebenerkrankungen/chronische Erkrankungen

(z.B. Osteoporose/Diabetes mellitus/Demenz/Herz-Kreislauf-Erkrankungen)

Art der Erkrankung	Seit wann	Welche Einschränkung daraus?

Sonstige gesundheitliche/persönliche Aspekte die Ihr Therapeut für die Therapie wissen sollte?!

---

---

Für Frauen: Sind sie aktuell schwanger?  Ja  Nein

*Vielen Dank das Sie sich kurz Zeit genommen haben, diesen Bogen für uns auszufüllen!  
Ihr Physio-Dynamik-Team*