



Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerden/ Ursachen auszuschließen. Er ist Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung. Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten. Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

**Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.**

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Geb.datum:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ: / Ort:	<input type="text"/>		
Mobil:	<input type="text"/>	Telefon privat:	<input type="text"/>		
E-mail:	<input type="text"/>	Telefon gesch.:	<input type="text"/>		

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch   
  Internet   
  Empfehlung/ Arzt: \_\_\_\_\_

- Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
- Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Weshalb: \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente oder Hormone regelmäßig ein?

**ja    nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikament / Präparat	Grund der Einnahme	Seit

4. Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:
- Diabetes   
  Osteoporose   
  Tuberkulose   
  Hormonstörungen  
 Krebs   
  Arteriosklerose   
  Organstörungen   
  Blutgerinnungsstörungen  
 Hepatitis   
  HIV/Aids   
  Drüsenstörungen   
  neurologische Erkrankungen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5. Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?  
 Wenn ja, bitte chronologisch angeben:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6. Gab es in ihrer Familie Fälle von:
- Krebs   
  Arteriosklerose   
  Osteoporose  
 Bluterkrankungen   
  Herzerkrankungen   
  Schlaganfall

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)
8. Haben Sie Bluthochdruck? systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ja nein

- |   | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Leiden Sie unter Kopfschmerzen/Migräne?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Sind Sie Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Kommt es zu Kraftverlust in den Armen bzw. Beinen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt und/oder Ihnen mitgeteilt, dass Sie körperliche Leistungen nur unter ärztlicher Aufsicht tätigen dürfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Haben Sie in Phasen von körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Welchen: \_\_\_\_\_

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. Haben Sie in den letzten Wochen einen unerklärlichen Gewichtsverlust bemerkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Leiden Sie unter <b>überwiegend</b> nächtlichen Schmerzen?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Wurden bei Ihnen häufiger Knochenbrüche festgestellt?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Schwitzen Sie häufig nachts?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Leiden Sie unter Lähmungen, ausgeprägten Taubheitsgefühlen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Sonstiges: \_\_\_\_\_

Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mind. 24 Stunden vorher ab.  
Unentschuldigte oder zu spät abgesagte Termine werden Ihnen privat in Rechnung gestellt.

Ich habe alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_