

Liebe Patientin, lieber Patient,

In der Heilpraktik für Physiotherapie geht es darum, über die Symptome hinaus zu denken und ein möglichst weites Bild Ihrer Situation zu erfassen. Neben einer umfassenden Untersuchung ist damit auch eine gründliche Anamnese notwendig. Je genauere und vollständigere Informationen Sie uns geben können, desto deutlicher und umfassender wird das Bild, das wir uns von Ihrer Situation machen können. Selbstverständlich bleiben sämtliche Informationen vollständig unter uns. Bitte drucken Sie den Fragebogen aus und bringen ihn ausgefüllt zu unserem ersten Termin mit. Ich werde ihn dann eingehend mit Ihnen besprechen. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, ansonsten antworten Sie bitte mit eigenen Worten.

Name :  
Anschrift :  
Geburtsdatum :  
Telefon :  
Email :  
Alter (Befundaufnahme) :  
Größe cm :  
Körpergewicht kg :

Welchen Beruf üben Sie aus und wie viele Stunden arbeiten Sie im Schnitt?

Wie ist Ihr Familienstand? (Kinder? Wenn ja, in welchem Alter?)

Hobbys?

Treiben Sie regelmäßig Sport, welchen, wie oft?

Wie ist Ihr Schlafverhalten?(Gut, Unterbrechung)

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wie viel trinken Sie am Tag und was?

Trinken Sie Alkohol? Wie häufig?

Rauchen Sie?      Ja      Nein

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Seit wann etwa bestehen diese Beschwerden?

Welche Beschwerden stehen für Sie persönlich im Vordergrund?

Glauben Sie einen Auslöser dieser Beschwerden zu kennen? (Unfall, Bewegung, Umstände)

Gibt es zu Ihren Beschwerden schon eine oder mehrere ärztliche Diagnose(n)?

Wenn ja, welche? (Bitte vorhandene Arztberichte, Bildgebungen mitbringen)

Haben Sie schon andere Therapieversuche unternommen? Wenn ja, welche?

Treten Schmerzen oder Missempfindungen auf? Wenn ja, wo und wann (Tageszeit)?

Wie stark sind Sie die Schmerzen auf einer Skala von 1 (sehr leicht) bis 10 (maximal vorstellbar)?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Was verschlimmert den Schmerz/ die Missempfindungen?

(körperliche Belastung/längeres Stehen/ Sitzen/ Gehen/Stress/Kälte/Wärme/tiefes Atmen/Husten)

Wie ist die Qualität des Schmerz- bzw.

Missempfindens?(ziehend/brennend/stechend/klopfend/ drückend/reißend /krampfend/dumpf/kribbelnd/taub)

Was verbessert den Schmerz/ die Missempfindungen?

(Bewegung/Ruhe/Kälte/Wärme)

Wirken Schmerzmittel? Ja Nein Bedingt

Sind andere Symptome mit dem Schmerz oder den Missempfindungen verbunden?

(Hautrötung/Blässe/Schwellung/Berührungsempfindlichkeit/Muskelschwäche/Bewegungseinschränkung/Missempfindungen/Schweißbildung/Müdigkeit/Schwindel/Gangunsicherheit)

Hatten Sie Unfälle (auch weit zurückliegend)? Wenn ja, mit welchen Verletzungen und wann in etwa?

Gab es Operationen (auch weit zurückliegend)? Wenn ja, welche Eingriffe wurden wann vorgenommen?

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja wofür? (bitte alles angeben)

Ihnen bekannte Erkrankungen/Nebendiagnosen? (Bitte sorgfältig und gewissenhaft beantworten)

Bekannte familiäre Erkrankungen (Eltern/Geschwister/Großeltern)  
(Herz-/Kreislaufkrankungen/Lungenerkrankungen/Krebs/Rheuma/Erbkrankheiten)

Tragen Sie eine Zahnschiene? Ja Nein

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? (Knacken/Schmerzen/Kiefersperre)

Entbindungen : Ja Nein Wie viele? Spontan? Sectio?

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en)?

Gab es Komplikationen während der Geburt(en)?

Psychische Situation

Gibt es Bereiche in Ihrem Leben, die Sie als belastend empfinden?

Beschreiben Sie in einem Wort Ihr Wohlbefinden

Diagnosen :

Medikamente :

Stresslevel 1(gering)-10(sehr belastend):

JEDE Behandlung kann mit einem Risiko behaftet sein. Wir arbeiten mit sehr gezielten, in der Regel sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter.

Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.

Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden und gegebenenfalls auf einen Facharzt verwiesen werden.

Bei Unklarheiten sprechen Sie bitte mit uns.

Einverständniserklärung / Behandlungskriterien

Hiermit beantrage ich für mich bzw. meinen oben genannten Angehörigen die heilpraktische Untersuchung und Behandlung, beschränkt auf den Bereich Physiotherapie durch das Therapiezentrum Karau.

Ich verpflichte mich das Honorar für die Behandlung selbst zu tragen, unabhängig von Ansprüchen Dritter, z.B. Versicherung, Beihilfe usw.

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden, müssen leider in Rechnung gestellt werden.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum ..... Unterschrift .....

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)