

Eingangsfragebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nach den Datenschutzbestimmungen gehandhabt.

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Situation:

Was hat Sie zu uns geführt? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?

Vorgeschichte:

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

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Lebenssituation:

Interessen / Sport / Freizeitaktivitäten / Kinder:

Aktueller Beruf:

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände:

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Beschwerden mit dem Herzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Gelenkersatz? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welcher Art?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hören Sie nicht gut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sehen Sie nicht gut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie schwere Verletzungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Wenn ja, welche(n)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!