

ANMELDBOGEN

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

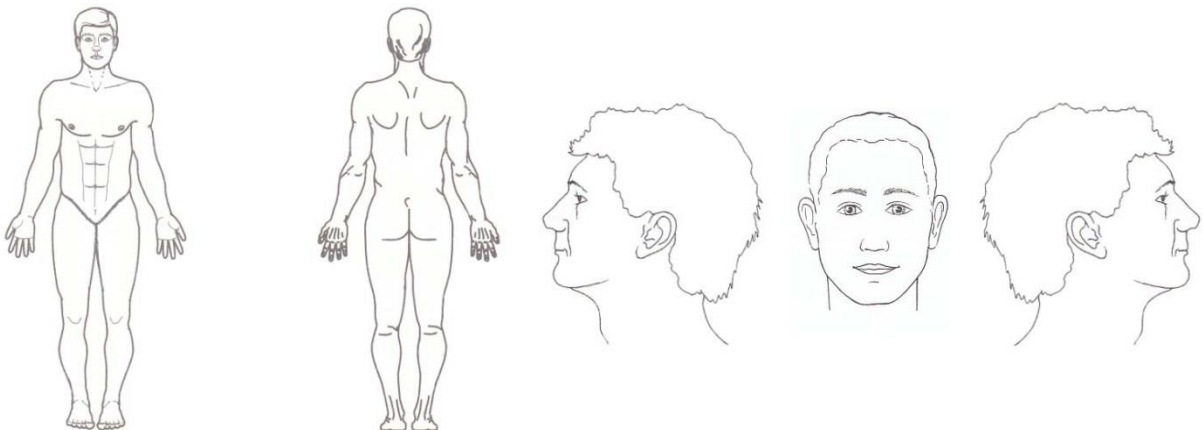
wir haben es uns zum Ziel gesetzt, Sie optimal zu behandeln. Dazu ist bereits vorab Ihre Mithilfe gefragt. Wir bitten Sie deshalb, uns einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild anzugeben. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Wir verwenden Ihre Angaben ausschließlich für eine ausführliche Befunderhebung. Gleichzeitig dient uns dieser Fragebogen als Anmeldeformular. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Vorname: _____ Nachname _____

Straße: _____ Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich _____ Telefon mobil _____

1, Wo haben Sie Probleme/ Beschwerden/ Schmerzen (bitte markieren Sie den/ die entsprechenden Bereiche



2, Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3, Was bereitet Ihnen im Alltag d. meisten Beschwerden? _____

4, Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

5, Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Unfall, Sturz...)? _____

6, Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe...)? _____

7, Was verschlechtert Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe...)? _____

8, Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 0- 10?

Kein Schmerz 0 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz

9, Haben Sie Ihre Beschwerden permanent mit Unterbrechungen

10, Sind Ihre Beschwerden tageszeitenabhängig eher morgens mittags abends nachts

11, Sind Ihre Beschwerden im Tagesverlauf gleichbleibend besser werdend schlechter

- 12, Haben Sie Beschwerden beim Husten Niesen Pressen
- 13, Haben Sie durch Ihre Beschwerden Problem beim gehen? Ja/ Nein
- 14, Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt (z.B. Kopfdrehung, Kniestreckung, usw.) Ja/ Nein
- 15, Ist Ihre Sensibilität / Ihr Empfinden verändert? (z.B. Finger kribbelt, Bein taub) Ja/ Nein
- 16, Haben Sie einen Kraftverlust (z.B. Fußheberschwäche, lahmer Arm usw.)? Ja/ Nein
- 17, Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja/ Nein
- 18, Leiden Sie unter Schwindel? Ja/ Nein
- 19, Leiden Sie unter Tinnitus (Ohrgeräusche)? Ja/ Nein
- 20, Leiden Sie unter Übelkeit oder Sodbrennen? Ja/ Nein
- 21, Haben Sie Osteoporose? Ja/ Nein
- 22, Sind Sie Diabetiker/in? Ja/ Nein
- 23, Bei Frauen: Sind Sie Schwanger? Ja/ Nein
- 24, Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Ihre Beschwerden? Ja/Nein

Wenn ja, welche _____

- 25, Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Multiple Sklerose) Ja/ Nein

Wenn ja, welche _____

- 26, Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle? Ja/ Nein

Wenn ja, welche _____

- 27, Hatten Sie in Ihrem Leben schon Operationen? Ja/ Nein

Mir ist bekannt, das ich, sofern ich einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen kann, diesen **mindestens 2 Stunden** vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine privat in Höhe **von 10,- €** in Rechnung gestellt werden.

Haag, den _____

Unterschrift _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen,
Ihr Team des Physio Point Haag