



Gesundheitsfragebogen

Um Ihre Therapie individuell, auf Ihre Zielvorstellungen und Bedürfnisse abgestimmt, zu planen benötigen wir ein paar Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes. Dazu bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und genau zu beantworten.

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Beruf

Datum

1. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Symptomatik (Lokalisation der Schmerzen/ Beschwerden) und beschreiben Sie, wie sich Ihre Beschwerden anfühlen.

3. Wie stark sind Ihre Schmerzen/ Beschwerden? Markieren Sie auf der abgebildeten Skala die Intensität bei Ruhe mit *R* und bei Belastung mit *B*.

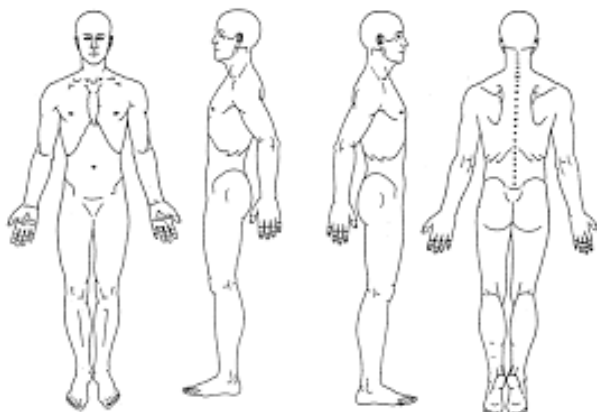
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine Beschwerden stärkste Beschwerden

2. Bitte markieren und beschriften Sie die Stellen, an denen Sie Beschwerden (Schmerz, ausstrahlende Schmerzregion), einen Gelenkersatz oder Operationen haben.

4. Wann sind Ihre Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten bzw. seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

5. Wie oft treten Ihre Beschwerden auf?

6. Wie lange dauern Ihre Beschwerden an?



7. Gibt es eine Vorgeschichte/ein Ereignis das mit Ihren Beschwerden im Zusammenhang steht?



8. Wodurch lassen sich Ihre Symptome/
Beschwerden im Alltag provozieren oder
verstärken?

9. Wodurch können Sie Ihre Beschwerden
selbst lindern?

10. Allgemeine Gesundheitsfragen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Fieber, erhöhte Temperatur | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Krebs in der Vorgeschichte | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Unerklärlicher Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Harn-/Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Magen/Darmerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nächtliche Schmerzen | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen |
| <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> Aktuelle Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Nerven-/Gemütskrankung |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Schlaganfall, im Jahr _____ |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> Sprechstörungen | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Taubheit/Missempfindungen
um den Mund | |

11. Bitte führen Sie Ihre Operationen, Unfälle,
schwerwiegenden Erkrankungen auf.

12. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein,
wenn ja welche?



Theresa Schmitz

Praxis für
Physiotherapie

13. Treiben Sie Sport, wenn ja welchen und wie oft pro Woche?

18. Gibt es etwas, was Sie uns noch mitteilen möchten?

14. Gibt es etwas, was Ihnen im Beruf oder der Familie Sorgen im Bezug auf Ihre Erkrankung/Ihre Beschwerden bereitet?

15. Welche Vorstellung haben Sie von Ihrer Erkrankung/ Ihren Beschwerden und der Therapie?

Vielen Dank, für Ihre Angaben. Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mit!

Wenn Sie Schwierigkeiten beim Beantworten der Fragen haben, sprechen Sie uns persönlich an oder lassen Sie einzelne Fragen unbeantwortet. Offene Fragen klären wir dann mit Ihnen gemeinsam in der Therapie.

16. Welches Ziel verfolgen Sie mit der Therapie?

Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

17. Inwieweit wurden Sie bereits mit Ihren Beschwerden behandelt und mit welchem Erfolg?

Praxis für Physiotherapie Theresa Schmitz
Angermunder Straße 21
47269 Duisburg

Tel: 0203 75 99 10 20

Fax: 0203 75 99 10 12

E-Mail: info@schmitz-physio.de

www.schmitz-physio.de