

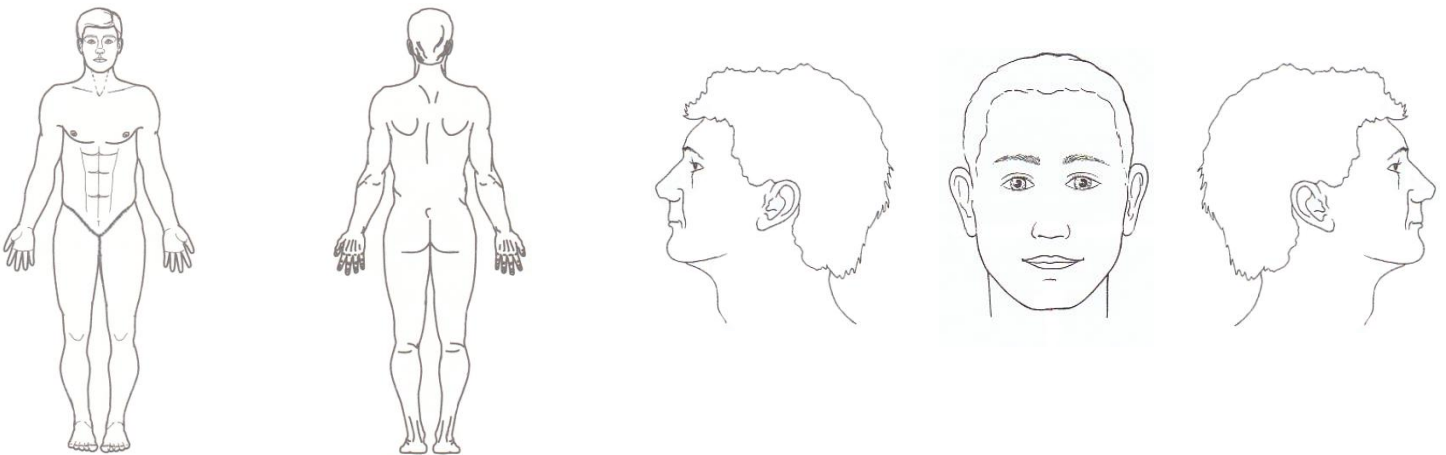
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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: _____ Geschlecht: w / m
 Straße: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Hobbies/Sport: _____
 Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____ Telefon mobil: _____
 E-Mail: _____@_____ **Wenn Sie dies wünschen, erinnern wir Sie am Vortag per E-Mail an Ihren nächsten Behandlungstermin in unserer Praxis** Ja / Nein
 Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____ Überweisender Arzt: _____

Wie sind Sie auf das PhysioVitalEs® aufmerksam geworden? (z.B. Anzeige in... / Internet / Praxisflyer / Praxis-schild / Empfehlung von... etc.): _____

1. Wo haben Sie Probleme/Beschwerden/Schmerzen (bitte markieren Sie den/die entsprechenden Bereich/e)



2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3. Was bereitet Ihnen im Alltag die meisten Beschwerden? _____

4. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon (Tage/Wochen/Monate/Jahre)? _____

5. Gab es Auslöser für Ihre Beschwerden (Unfall, Operation, Schicksalsschlag etc.)? _____

Wenn ja, markieren Sie bitte auf der Zeitleiste das/die Ereignis/e mittels Angabe der Jahreszahl/en.

Geburt-----**Heute**

6. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan auf einer Skala von **0** bis **10**?

kein Schmerz - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - maximaler Schmerz

Bitte wenden

07. Haben Sie Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechungen? (bitte entsprechend markieren)
08. Sind Ihre Beschwerden tageszeitenabhängig eher morgens / mittags / abends / nachts?
09. Sind Ihre Beschwerden im Tagesverlauf gleich bleibend / besser werdend / sich verschlechternd?
10. Haben Sie Beschwerden beim Husten / Niesen / Pressen?
11. Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung/Ruhe/Stehen/Sitzen/Liegen/nichts etc.)? _____
12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden (Bewegung/Ruhe/Stehen/Sitzen/Liegen/nichts etc.)? _____
13. Haben Sie durch Ihre Beschwerden Probleme beim Gehen? Ja/ Nein
14. Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt (z.B. Kopfdrehung, Kniestreckung, Hüftbeugung etc.)? Ja/ Nein
15. Ist Ihre Sensibilität/Ihr Empfinden verändert? (z.B. kleiner Finger kribbelt, pelziger Fuß etc.)? Ja/ Nein
16. Haben Sie einen Kraftverlust? (z.B. Fußheberschwäche, lahmer Arm etc.)? 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? Ja/ Nein
21. Haben Sie Osteoporose (Knochenschwund)? Ja/ Nein
22. Sind Sie Diabetiker/in? Ja/ Nein
23. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche _____ Ja/ Nein
24. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? Ja/ Nein
25. Hatten oder haben Sie eine Tumor- bzw. Krebserkrankung? Ja/ Nein
26. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle, Operationen, Herzinfarkt, Schlaganfall Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
27. Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Ihre Beschwerden ein? Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
28. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Marcumar, Psychopharmaka, ASS etc.)? Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
29. Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Multiple Sklerose etc.)? Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
30. Sind Sie bereit, Zeit zu investieren, um eine Verbesserung Ihrer Beschwerden zu erzielen? Ja / Nein
Wenn ja, wie viel Zeit (x Minuten täglich, wöchentlich, monatlich etc.)? _____

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden** vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine **privat** in einer Höhe von **einem Euro pro ausgefallene Minute** in Rechnung gestellt werden. Für das wiederholt vergessene Handtuch werden jeweils **1,-** Waschgebühr erhoben.

Esslingen am Neckar, den _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen, Ihr PhysioVitalEs®-Team