

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: _____ Geschlecht: w / m

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____ Telefon mobil: _____

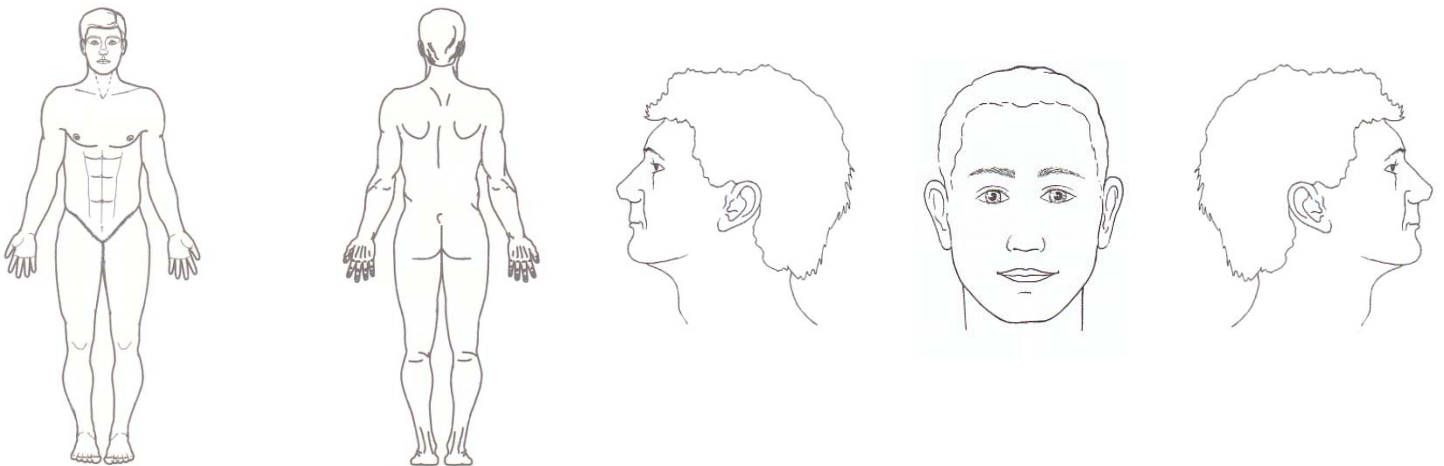
E-Mail: _____@_____ Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Überweisender Arzt: _____ Sind Sie zuzahlungsbefreit? : Ja / Nein

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____ Hobbies/Sport: _____

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 einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Autounfall/Sturz/Drehbewegung etc.)? _____

6. Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung/Ruhe/Stehen/Sitzen/Liegen/nichts etc.)? _____

7. Was verschlechtert Ihre Beschwerden (Bewegung/Ruhe/Stehen/Sitzen/Liegen/nichts etc.)? _____

8. 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

9. Wie stark sind Ihre Schmerzen **maximal** auf einer Skala von 0 bis 10?

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

10. Haben Sie Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechungen? (bitte entsprechend markieren)

11. Sind Ihre Beschwerden tageszeitenabhängig eher morgens / mittags / abends / nachts?

12. Sind Ihre Beschwerden im Tagesverlauf gleich bleibend / besser werdend / sich verschlechternd?

13. Haben Sie Beschwerden beim Husten / Niesen / Pressen?

14. Haben Sie durch Ihre Beschwerden Probleme beim Gehen? Ja/ Nein

15. Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt (z.B. Kopfdrehung, Kniestreckung, Rumpfbeugung etc.)? Ja/ Nein

16. Ist Ihre Sensibilität/Ihr Empfinden verändert? (z.B. kleiner Finger kribbelt, pelziger Fuß etc.)? Ja/ Nein

17. Haben Sie einen Kraftverlust? (z.B. Fußheberschwäche, lahmer Arm etc.)? Ja/ Nein

18. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja/ Nein

19. Leiden Sie unter Schwindel? Ja/ Nein

20. Leiden Sie unter Tinnitus (Ohrgeräusche)? Ja/ Nein

21. Leiden Sie unter Übelkeit? Ja/ Nein

22. Haben Sie Osteoporose (Knochenschwund)? Ja/ Nein

23. Sind Sie Diabetiker/in? Ja/ Nein

24. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja/ Nein

25. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? Ja/ Nein

26. Hatten oder haben Sie eine Tumor- bzw. Krebserkrankung? Ja/ Nein

27. Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Ihre Beschwerden ein? Ja/ Nein

28. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Markumar, ASS, Psychopharmaka etc.)? Ja/ Nein

Wenn ja, welche: _____

29. Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Multiple Sklerose etc.)? Ja/ Nein

Wenn Ja, welche: _____

30. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle? Ja/ Nein

30. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Operationen? Ja/ Nein

31. Sind Sie selbst bereit, Zeit zu investieren, um eine Verbesserung Ihrer Beschwerden zu erzielen?

Ja/ Nein Wenn ja wie viel (z.B. 5 Minuten täglich, 30 Minuten täglich 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 ausgefallener Minute in Rechnung gestellt werden. Für das wiederholt vergessene Handtuch werden jeweils 2€ Waschgebühr erhoben.

Esslingen am Neckar, den _____ Unterschrift: _____

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