



Physiotherapie Praxis
Hegelstrasse 62-66
63303 Dreieich
Tel. 06103 2007879
Fax 06103 2002524
info@aw-physiotherapie.eu

PATIENTEN BEFUNDBOGEN

Sehr geehrte Patientin / Sehr geehrter Patient,

Wir bitten Sie uns den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen und ihn zu unserem ersten Termin mit zu bringen. Das ermöglicht uns einen besseren Einblick in Ihre täglichen Belastungen und Ihrer Gesundheitsvorgeschichte.

Alle persönlichen Daten werden von uns vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
Behandelnder Arzt	<input type="text"/>

Hat Ihnen Ihr Arzt eine Diagnose gestellt?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Welche Bewegung/ Sport/ Hobbies treiben Sie regelmäßig?

Schränken die Beschwerden Ihren Alltagstätigkeiten ein? Wenn ja, welche?

Beschreiben Sie in einigen Worten Ihre Beschwerden

Treten die Beschwerden zu einer bestimmten Zeit auf?

Morgens Mittags Abends Nachts

Gibt es einen auslösenden Anlass?

Was verbessert Ihre Beschwerden?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Haben Sie schon eine Therapie erhalten um die Beschwerden zu lindern?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke an:

Kein Schmerz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Stärkester Vorstellbarer Schmerz
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------------------



Nehmen Sie Medikamente um den Schmerz zu lindern?

Ja Nein

Nehmen Sie täglich Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Mussten Sie sich schon einer Operationen unterziehen?

Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

Benutzen Sie eine Gehhilfe?

Krücken Rollator Rollstuhl Andere

Welche Erwartungen/ Ziele verbinden Sie mit der Therapie?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!