



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

## ANKIETA PACJENTA

Szanowny pacjencie / Szanowna pacjentko,

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety i przyniesienie jej na pierwszą wizytę. To umożliwi nam szybsze zapoznanie się z Państwa problemem i wcześniejszymi dolegliwościami. Te informacje potrzebne są do efektywnego rozpoczęcia terapii.

Wszystkie dane personalne są poufne i nie przekazujemy ich osobom trzecim.

Nazwisko

Imię

Ulica

Kod pocztowy

Miasto

Data urodzenia

Numer telefonu

Lekarz kierujący

Czy Państwa lekarz postawił diagnozę?

Czym się Państwo zajmują zawodowo?

Jaki sport, hobby lub inne aktywności Państwo uprawiają?

Czy dolegliwości ograniczają Państwa zajęcia dnia codziennego? Jak tak, jakie?

Opiszcie Państwo w kilku słowach swoje dolegliwości

Czy dolegliwości pojawiają / nasilają się w jakimś określonym czasie?

rano     w południe     wieczorem     w nocy

Kiedy i jak pojawiły się one po raz pierwszy?

Co zmniejsza Państwa dolegliwości?

Co nasila Państwa dolegliwości?

Czy poddaliście się już Państwo jakiegokolwiek formie terapii aby je zmniejszyć?

tak     nie

Jak tak to jakiej?

Proszę zaznaczyć na skali jak mocny jest Państwa ból w tej chwili:

Nie ma bólu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najmocniejszy wyobrażalny ból

Czy biorą Państwo leki aby zmniejszyć ból?

tak  nie

Czy bierzecie Państwo regularnie leki?

tak  nie

Jeśli tak, jakie?

Czy przebyliście Państwo jakąś operację?

tak  nie

Jeśli tak, jaką i kiedy?

Czy potrzebujecie Państwo pomocy przy chodzeniu?

kule  chodzik  wózek inwalidzki  inne

Jakie oczekiwania / cele wiążecie Państwo z terapią?

**Bardzo dziękujemy za współpracę!**