EMUVA PHYSIOTHERAPIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Nachname _____ Vorname _____

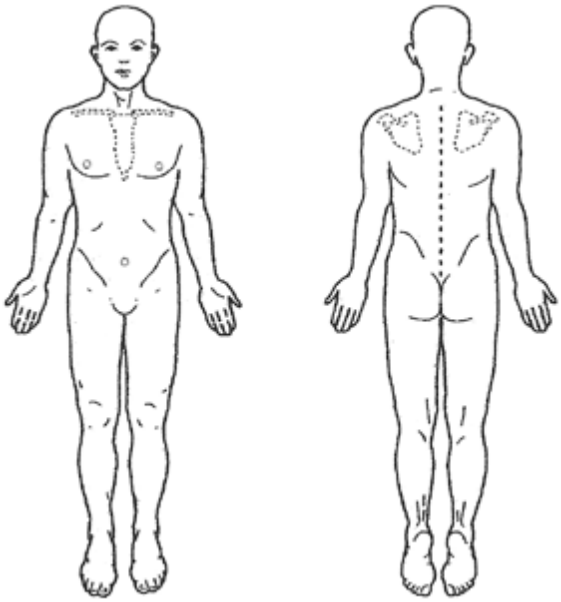
Adresse _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Beruf _____ Sport / Hobby _____ Versicherung: ○ gesetzlich ○ privat

Wo haben Sie Ihre Probleme (bitte einzeichnen):



Beschreiben Sie uns bitte kurz Ihre Beschwerden (Auslöser):

_____

_____

Haben Sie Schmerzen? ○ Ja ○ Nein

Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ○ Ja ○ Nein

Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln/Taubheit)? ○ Ja ○ Nein

Haben Sie einen Kraftverlust? ○ Ja ○ Nein

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

_____

Seit wann haben Sie die Beschwerden schon?

_____

Gab es Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall etc.?)

_____

Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen etc.)?

_____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden (siehe oben)?

_____

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen) Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 max. Schmerz

EMUVA PHYSIOTHERAPIE

Haben Sie Ihre Beschwerden: ◯ permanent ◯ mit Unterbrechungen

Sind die Beschwerden: ◯ gleich bleibend ◯ besser werdend ◯ verschlechternd

Haben Sie Schmerzen beim: Husten / Niesen / Pressen / Schlucken? ◯ Ja ◯ Nein

Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ◯ Ja ◯ Nein

Sind Sie schwanger? ◯ Ja ◯ Nein

Haben Sie Kopfschmerzen? ◯ Ja ◯ Nein

Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? ◯ Ja ◯ Nein

Haben Sie sonstige Erkrankungen oder Beschwerden?

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Probleme mit den inneren Organen: Sodbrennen, Verstopfung, etc. ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? (Schmerzmittel, Cortison, Blutverdünner, Sonstige) ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie jemals Tumore oder eine Krebserkrankung? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, was genau? _____

Haben Sie nachts Schmerzen? ◯ Ja ◯ Nein

Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet zu- oder abgenommen? ◯ Ja ◯ Nein

Hatten Sie in letzter Zeit Fieber oder nächtliches Schwitzen? ◯ Ja ◯ Nein

Hatten Sie in Ihrem Leben Unfälle (z.B. Schleudertrauma) und / oder Operationen (z.B. TEP)? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Wurden Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie bisher durchgeführt? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

◯ Röntgen ◯ Computertomografie ◯ Kernspintomographie ◯ Spritzen ◯ Massage

◯ Physiotherapie ◯ Anderes: _____

Haben Sie oder besteht der Verdacht auf weitere Erkrankungen wie Hepatitis, HIV, resistente Keime

◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche? _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift _____