

Patientenaufnahmebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Bevor wir mit der ärztlichen Untersuchung beginnen können, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen. Ihre Angaben werden selbstverständlich nach dem Bundesdatenschutzgesetz vertraulich behandelt.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Körpergröße & Gewicht

Handynummer

Telefonnummer

E-Mailadresse

Hausarzt

Zurzeit ausgeübter Beruf

Erlerner Beruf

Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen?

- Empfehlung durch behandelnden Arzt
- Empfehlung durch Physiotherapeuten
- Internet
- Telefonbuch
- Andere

Name _____

Name _____

Wo haben Sie Beschwerden?

Bitte kennzeichnen Sie die schmerzhaften Bereiche an den Figuren.

Empfindungsstörungen, wie

- Taubheitsgefühl
- Kribbeln
- Wärme- oder Kältegefühl
- Berührungsempfindlichkeit
- Spannungsgefühl
- Brennen

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Seit:

- _____ Tagen
- _____ Wochen
- _____ Monaten
- _____ Jahren
- Beginn allmählich
- Beginn plötzlich
- früher ähnliche Beschwerden, wann _____

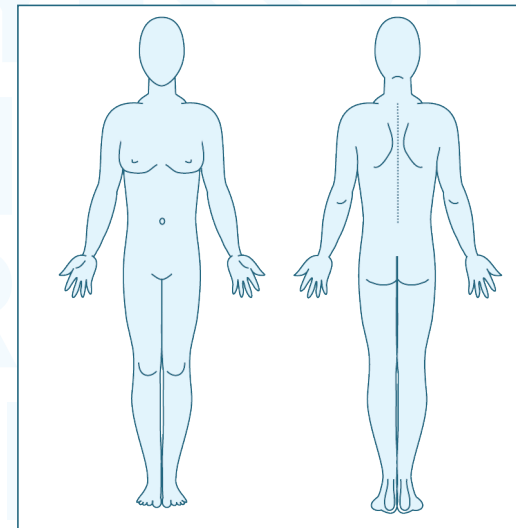
Was halten Sie für die Ursache Ihrer Beschwerden?

Waren Sie wegen dieser oder ähnlicher Beschwerden in ärztlicher Behandlung (Falls ja - wann? Bei welchem Arzt?)

Wurden in den letzten Jahren Röntgenbilder oder MRT/CT von Ihren Knochen angefertigt?

- Ja
- Nein
- im Jahr _____ Welche Knochen? _____

Welche Art der Behandlung hatten Sie?



Haben Sie bereits Krankengymnastik in den letzten 12 Wochen oder eine Reha in den letzten 4 Jahren bekommen?
Welche Art und wie oft? In welcher Krankengymnastik-Praxis waren Sie?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Hatten Sie orthopädische Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Hobbys/Freizeitaktivitäten/Sport/Kinder?

Nebendiagnosen/zu berücksichtigende Umstände: (Bitte ankreuzen)	Ja	Nein
Leiden Sie an Erkrankungen ... <input type="checkbox"/> der Schilddrüse? <input type="checkbox"/> der Lunge oder Bronchien? <input type="checkbox"/> der Leber oder Galle? <input type="checkbox"/> des Magens oder des Darms? <input type="checkbox"/> der Niere, Harnwege oder Prostata? <input type="checkbox"/> der weiblichen Brust oder des Unterleibs? <input type="checkbox"/> des Nervensystems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Beschwerden mit dem Herzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie einen Hirninfarkt oder eine Hirnblutung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Gelenkersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder an einer anderen Blutkrankheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Schwindel, Gleichgewichts- oder Gangstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter einer chronischen, entzündlichen Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung? Wenn ja, an welcher? <input type="checkbox"/> Chronische Polyarthrit <input type="checkbox"/> Psoriasis Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie arbeitsunfähig?

Ja, seit _____

Nein

Sind Sie Renteneempfänger?

Ja, seit _____

Nein

Datum _____

Unterschrift _____