Sehr geehrte Patienten,

Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen.

Er ist Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.
Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Vom Therapeuten auszufüllen!

Eingangsdatum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Dieser Fragebogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich Fachpersonal als Hilfsmittel im Screening Prozess. Die Benutzung erfolgt ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

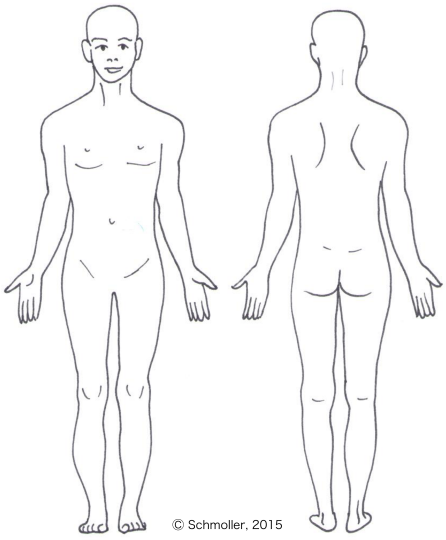
Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

	Ja	Nein	
1			Alter: _____ Größe: _____cm Gewicht: _____kg Geschlecht: ☐ w ☐ m
2	☐	☐	Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
3	☐	☐	Haben Sie Fieber, Schüttelfrost oder erhöhte Temperatur?
4	☐	☐	Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?
5	☐	☐	Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
6	☐	☐	Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?
7	☐	☐	Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?
8	☐	☐	Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: _____

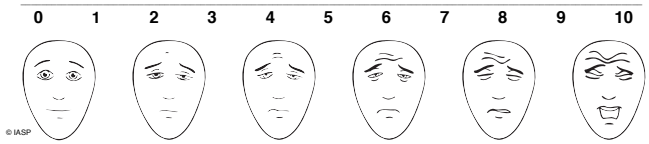
9	☐	☐	Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden: _____
10	☐	☐	Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?
11	☐	☐	Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde? Kurze Beschreibung: _____
12	☐	☐	Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?
13	☐	☐	Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?
14	☐	☐	Haben Sie Nachtschmerzen?
15	☐	☐	Sind Ihre Beschwerden unabhängig von Bewegung und/oder Haltung?
16	☐	☐	Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können? Welche? _____
17	☐	☐	Treffen folgende Symptome auf Sie zu? ☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühle ☐ Lähmungserscheinungen ☐ Spastiken

18 Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____



19 Bitte geben Sie auf der neben stehenden Zeichnung Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 24 Stunden an.



keine Schmerzen — stärkste vorstellbare Schmerzen

	Ja	Nein	
20	☐	☐	Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?
21	☐	☐	Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
22	☐	☐	Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können? Welchen: _____
23	☐	☐	Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:

☐ Diabetes ☐ Osteoporose ☐ Tuberkulose ☐ Hormonstörungen
☐ Krebs ☐ Arteriosklerose ☐ Organstörungen ☐ Blutgerinnungsstörungen
☐ Hepatitis ☐ HIV / AIDS ☐ Drüsenstörungen ☐ neurologische Erkrankungen
☐ Sonstige: _____

24	☐	☐	Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?

Medikament / Präparat	Grund der Einnahme	Seit

25	☐	☐	Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen? Wenn ja welche und in etwa wann: _____ _____
26	☐	☐	Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)
27	☐	☐	Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?
28	☐	☐	Liegt/lag bei Ihnen eine Sucht-/Abhängigkeitserkrankung vor?
29	☐	☐	Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg / Diastolisch > 90 mmHg) _____/_____
30	☐	☐	Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?
31	☐	☐	Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?
32	☐	☐	Kommt es zu Kraftverlust in Armen oder Beinen?
33	☐	☐	Gab es in Ihrer Familie Fälle von:

☐ Krebs ☐ Arteriosklerose ☐ Osteoporose
☐ Bluterkrankungen ☐ Herzerkrankungen ☐ Schlaganfall

34

Gibt es sonst noch etwas was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten?
Wenn ja, was?

Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

_____

Unterschrift

Ergänzungen des Physiotherapeuten

Ergebnis:

☐ Physiotherapie ☐ Abweichendes Muster

☐ Warnzeichen ☐ Abweichender Verlauf

Zeichen oder Symptome die einer weiteren Abklärung bedürfen:

Weiteres Vorgehen:

☐ Therapie ☐ Arztkonsultation empfohlen

☐ Probebehandlung und Kontaktaufnahme mit dem Arzt

Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass der Fragebogen, alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

_____	_____	_____
Datum	Unterschrift, Patient	Unterschrift, Therapeut

© ZipT AG Direktzugang ● info@screeningbogen.de ● www.screeningbogen.de ● www.zipt.de