

## Sehr geehrte Patienten,

Der vorliegende Fragebogen dient als Ergänzung zum Erstgespräch mit Ihrem/Ihrer Therapeuten/In. Er gibt erste Hinweise darauf, ob Ihre Beschwerden physiotherapeutisch sinnvoll zu beeinflussen sind oder ob, begleitend oder vorab, eine genauere medizinische Abklärung notwendig erscheint.

Hierfür werden sowohl Informationen zu Ihrem Gesundheitsproblem als auch zu Ihrer allgemeinen Gesundheit benötigt.

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.

**Ja Nein**

--- **Gesundheitliches Hauptproblem** -----

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

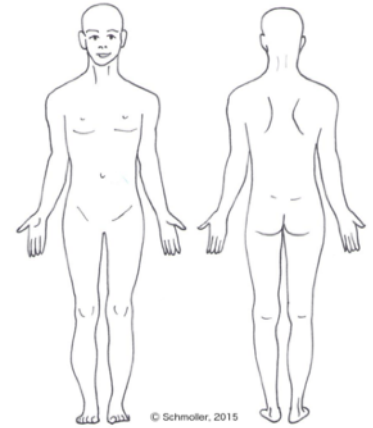
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

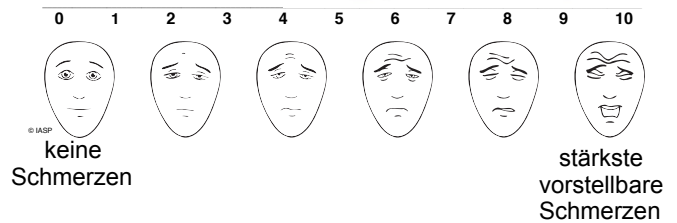
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



2 Bitte geben Sie auf der neben stehenden Skala Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden an.



3   Treffen folgende Symptome auf Sie zu?

- Kribbeln     Taubheitsgefühle     Lähmungserscheinungen     Spastiken

4 Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden: \_\_\_\_\_

5   Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?

6   Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde?  
Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

7   Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?

8   Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?

9   Haben Sie Nachtschmerzen?

10   Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?

11   Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten? Welche? \_\_\_\_\_

--- **Allgemeiner Gesundheitszustand** -----

12 Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

13   Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?

14   Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?

15   Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)

16   Leiden Sie unter Schluckstörungen?

17   Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder einen ungewöhnlichen Husten?

18   Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?

19   Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?

20   Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

21   Leiden Sie unter folgenden Symptomen?  Schwindel     Übelkeit     Erbrechen

22   Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?

23   Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: \_\_\_\_\_

--- (Vor-) Erkrankungen -----

- 24   Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?
- 25   Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- 26   Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?
- 27   Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:
- Diabetes     Osteoporose     Tuberkulose     Störung der Schilddrüse  
 Krebs     Arteriosklerose     Organstörungen     Blutgerinnungsstörungen  
 Hepatitis     HIV / AIDS     Hormonstörungen     neurologische Erkrankungen  
 Sonstige: \_\_\_\_\_
- 28   Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?

Grund der Einnahme	Medikament / Präparat	Seit

- 29   Haben Sie über längere Zeit Kortison eingenommen?
- 30   Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?
- 31   Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_
- 32   Haben Sie früher geraucht und seit wann rauchen Sie nicht mehr? \_\_\_\_\_
- 33   Sind bei Ihnen Veränderungen des Bluthochdrucks bekannt?
- 34   Bemerken Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst?
- 35   Haben Sie Veränderungen bei der Kontrolle von Blase und/oder Darm festgestellt?
- 36   Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen?
- 37   Gab es in Ihrer Familie Fälle von:
- Krebs                       Osteoporose  
 Herzerkrankungen     Schlaganfall             Bluterkrankungen

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

**Erklärung**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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