

Allgemeiner Patientenfragebogen

Sehr geehrte | r Frau | Herr (Name | Vorname) _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

Welches Ziel wollen Sie durch unsere Therapie erreichen?

Woran werden Sie es im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist?

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst?

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? (z. B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Bewegungen etc.)

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und seit wann?

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Unfälle oder schwere Verletzungen?

Datum	Art des Unfalls der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Datum	Ursache

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen

Persönliche Daten

Überweisender Arzt	Arbeitsunfähig seit	
Diagnose	Hilfsmittelversorgung	Verordnung
Alter	Größe	Gewicht
Familienstand	Anzahl der Kinder	Freizeitaktivitäten
Erlerner Beruf	Jetzige Tätigkeit	

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein

Wenn ja, wie häufig und wieviel?

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte | r Frau | Herr (Name | Vorname) _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freitextfelder aus.

Geschlecht weiblich männlich divers Alter _____

Mein Trainingszustand niedrig durchschnittlich gut sehr gut

Ich würde mich als körperlich fit und gesund bezeichnen Ja Nein eingeschränkt

Wie sieht Ihre Körperhaltung bzw. Bewegung tagsüber überwiegend aus? | Mehrere Angaben möglich

gehend stehend sitzend gebückt hebend tragend _____

Haben | hatten Sie Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen am Bewegungsapparat Ja Nein
(z. B. Kniegelenkarthrose, Osteoporose)? Wenn ja, welche? _____

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und | oder Ihnen in diesem Zusammenhang Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten Monaten Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Ja Nein

Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung (Diabetes/erhöhtes Cholesterin) festgestellt? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV-Positiv, MRSA-Positiv...)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Blutverdünner, Blutdrucksenker)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihnen operative Eingriffe durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden oder Auffälligkeiten, die Sie für erwähnenswert halten? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet? ständig häufig gelegentlich selten nie

Name | Vorname _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift | Bei Minderjährigen einschließlich des Erziehungsberechtigten _____

Patientenfragebogen Schmerz

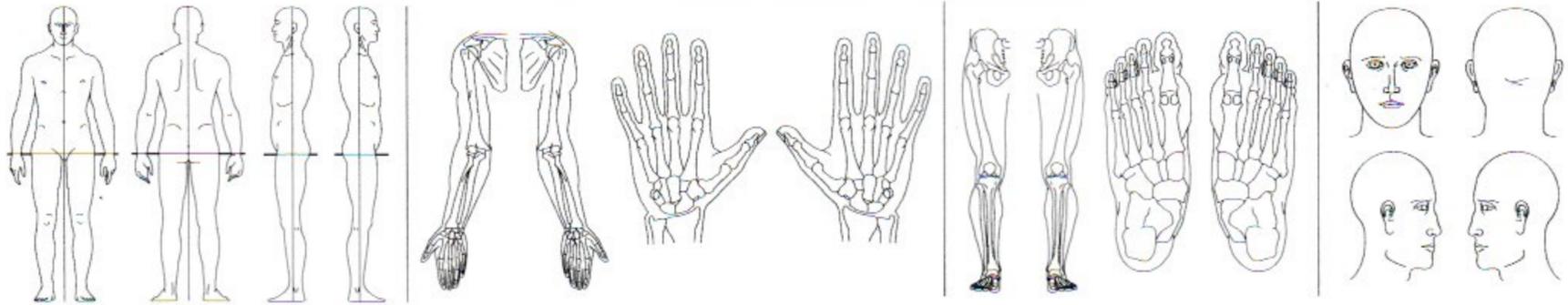
Name | Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte | r Frau | Herr _____,

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen und eventuelle Risiken ausschließen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort Ihrer Schmerzen an.



Seit wann bestehen diese Schmerzen?

 Weniger als einen Monat

 ½ Jahr bis 1 Jahr

 2 bis 5 Jahre

 1 Monat bis ½ Jahr

 1 bis 2 Jahre

 Mehr als 5 Jahre

Können Sie ein genaues Datum angeben?

Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

Momentane Schmerzstärke | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Durchschnittsstärke der Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen? | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Größte Schmerzstärke innerhalb der letzten 4 Wochen | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Was wäre eine erträgliche Schmerzstärke? | 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Ort 1		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 2		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ort 3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie häufig treten die Schmerzen zurzeit auf?

 Wenige Male im Jahr

 Wenige Male im Monat

 Mehrmals pro Woche

 Einmal täglich

 Mehrmals täglich

 Andauernd

Tageszeit:

 In Ruhe

 In Bewegung

Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert? (z. B. beim Gehen, Stehen, Heben, Sitzen etc.)

Wodurch werden die Schmerzen verringert? z. B. Kälte, Wärme, Ruhe, Medikamente, etc.

Wie fühlen sich die Schmerzen an?	<input type="checkbox"/> Stark	<input type="checkbox"/> Unerträglich	<input type="checkbox"/> Unangenehm	<input type="checkbox"/> Quälend	<input type="checkbox"/> Erschöpfend
	<input type="checkbox"/> Zermürend	<input type="checkbox"/> Durchdringend	<input type="checkbox"/> Beängstigend	<input type="checkbox"/> Beklemmend	<input type="checkbox"/> Drückend
	<input type="checkbox"/> Lähmend	<input type="checkbox"/> Schneidend	<input type="checkbox"/> Ziehend	<input type="checkbox"/> Krampfartig	<input type="checkbox"/> Reißend
	<input type="checkbox"/> Durchzuckend	<input type="checkbox"/> Brennend	<input type="checkbox"/> Scharf	<input type="checkbox"/> Stechend	<input type="checkbox"/> Bohrend
	<input type="checkbox"/> Hämmernd	<input type="checkbox"/> Ausstrahlend	<input type="checkbox"/> Pochend	<input type="checkbox"/> Heiß	<input type="checkbox"/> Pulsierend

Bitte kreisen Sie ein, inwieweit die Schmerzen Ihr Leben beeinflussen.

	überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
Berufliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Häusliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Soziale Familiäre Aktivitäten	<input type="checkbox"/>				
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
Stimmung	<input type="checkbox"/>				
Allgemeine Lebensqualität	<input type="checkbox"/>				

Bei welcher Bewegung fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen hauptsächlich eingeschränkt? | z. B. beim Gehen, Stehen, Heben, Sitzen etc.

Haben Sie Begleitbeschwerden? Wenn ja, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.

<input type="checkbox"/> Appetitmangel	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Anspannung	<input type="checkbox"/> Schlafmangel	Andere
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Sorgen	<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit	
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit		
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung		

Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen behandelt?

Arzt	Facharzt
Therapeut	Andere

Wurde bei Ihnen bereits eine Schmerzdiagnose gestellt? | Wenn ja, welche?

Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja Nein Wenn ja, wann?

Datum	Art der Operation
_____	_____
_____	_____
_____	_____