



# PATIENTEN-BEFUND

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf, Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Alter:  Größe:  Gewicht:

Sport, Hobbies: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  Telefonbuch  Internet  Flyer  Anzeige  
 Empfehlung  Arzt: \_\_\_\_\_

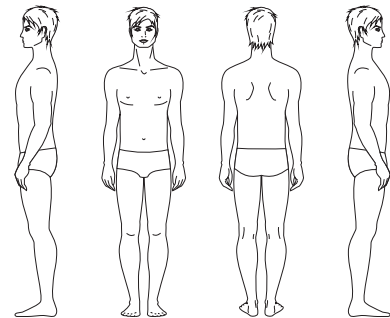
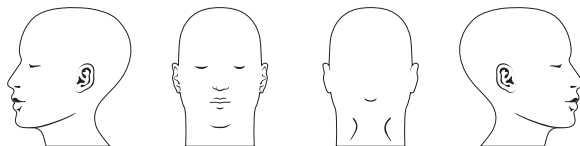
Eine Absage muss spätestens 24 Std. vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## ANAMNESE-BEFUND (Wird vom Physiotherapeuten eingetragen.)

Haben Sie Schmerzen/Beschwerden? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Wo haben Sie Ihre Probleme?  
(bitte einzeichnen)



Wie stark sind Ihre Schmerzen? (Bitte einkreisen) 1: kaum Schmerzen 10: unerträglich  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Ist Ihre Beweglichkeit verändert?  Ja  Nein

Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)?  Ja  Nein

Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag? \_\_\_\_\_

Haben Sie Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechungen?  permanent  mit Unterbrechungen

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Was verbessert (+) bzw. was verschlechtert (-) Ihre Beschwerden?

- |                                    |                                     |                                 |                                 |   |   |                                  |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktivität | <input type="checkbox"/> Sitzen     | <input type="checkbox"/> Bücken | <input type="checkbox"/> Gehen  | <input type="checkbox"/> Tragen                     | <input type="checkbox"/> Überkopfarbeit | <input type="checkbox"/> Hobby   | <input type="checkbox"/> mittags |
| <input type="checkbox"/> Ruhe      | <input type="checkbox"/> Aufstehen  | <input type="checkbox"/> Beugen | <input type="checkbox"/> Laufen | <input type="checkbox"/> Hand auf den Rücken nehmen | <input type="checkbox"/> Greifen        | <input type="checkbox"/> Sport   | <input type="checkbox"/> abends  |
| <input type="checkbox"/> Liegen    | <input type="checkbox"/> vom Sitzen | <input type="checkbox"/> Stehen | <input type="checkbox"/> Heben  |   | <input type="checkbox"/> Arbeit         | <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> nachts  |

Sonstiges:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

- |   |                                       |   |  |                                  |
|---|---------------------------------------|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gang- oder Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> Schwindel    | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle       | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit                           | <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Doppelbildern          |  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                       | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung            | <input type="checkbox"/> leichte Blutergüsse | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Sprechstörungen                    | <input type="checkbox"/> Inkontinenz  | <input type="checkbox"/> morgendliche Steifheit | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit       |                                  |

Sonstiges:

Wie sind Ihre Beschwerden?

- besser werdend     gleich     schlechter werdend     variabel

Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen?  Ja  Nein

Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?  Ja  Nein

Haben Sie Kopfschmerzen?  Ja  Nein

Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?  Ja  Nein

Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen?  Ja  Nein

Hatten Sie Unfälle und/oder Operationen?  Ja  Nein

Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine Schmerzen zeitweise ausgestrahlt.  Ja  Nein

Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise an anderen Stellen Schmerzen.  Ja  Nein

Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur kurze Strecken gegangen.  Ja  Nein

Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen langsamer als üblich angezogen.  Ja  Nein

Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein.  Ja  Nein

Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig Sorgen.  Ja  Nein

Ich fühle, dass ich schreckliche Schmerzen habe und dass sie nicht besser werden.  Ja  Nein

Im Allgemeinen hatte ich keine Freude an den Dingen, die ich sonst gerne mache.  Ja  Nein

Wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?

- Überhaupt nicht     wenig     mäßig     stark     äußerst stark

Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brennen                          | <input type="checkbox"/> Elektrische Schläge |
| <input type="checkbox"/> Gefühl einer schmerzhaften Kälte |  |

Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf?

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Pieksen  | <input type="checkbox"/> Juckreiz        |

Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

- |  |  |   |                                   |            |
|--|--|---|-----------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen             | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie | <input type="checkbox"/> Massage        | <input type="checkbox"/> Training | Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie | <input type="checkbox"/> Spritze             | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |                                   |            |

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?