



Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir in der geplanten gemeinsamen Therapie gezielt auf Ihre Beschwerden und Erwartungen eingehen können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Parallel dazu sind wir, ebenso wie Ärzte, dazu verpflichtet, Sie gemäß Patientenrechtegesetz aufzuklären. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung am Ende des Bogens.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Berufliche Tätigkeit:

Telefon:

E-Mail:

Überweisender Arzt:

Ärztliche Diagnose:

Mögliche Ursache:

Hat der verordnende Arzt Sie über Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert?

ja

nein

Datum:

Bitte ankreuzen:

1. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?

2 Wochen

4 Wochen

6 Wochen

6 Monate

länger

evtl. OP-Datum: _____

2. Welcher Art sind Ihre Beschwerden?

Bewegungseinschränkung und Schmerzen

Entlastung

Bewegungseinschränkung ohne Schmerzen

Teilbelastung

nur Schmerzen

3. Wann treten die Beschwerden auf?

unter Belastung während der Arbeit

beim Sport

in Ruhe/nachts

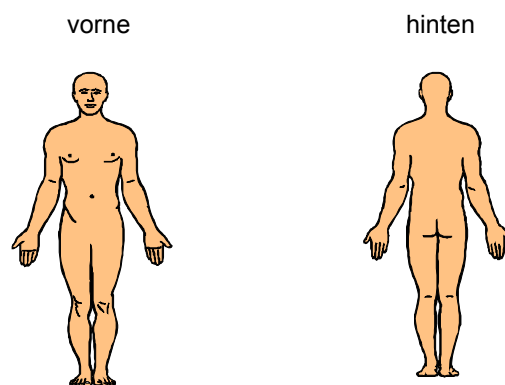


4. Bitte versuchen Sie, die aktuelle Schmerzintensität auf der Skala mit einem Kreuz festzuhalten. (0 = keine Schmerzen 10= sehr intensiv)



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bitte zeichnen Sie die Schmerzzonen / den Beschwerdebereich ein.



6. Welche Therapien haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden durchgeführt?

- Medikamente (Schmerzmittel ärztlich verordnet) Spritzen
 Physikalische Maßnahmen/Krankengymnastik Heilpraktiker
 Sonstiges: _____

7. Bestehen weitere Erkrankungen? (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie, Herzinfarkt ...)

- nein ja Wenn ja, welche: _____

8. Nehmen Sie andere Medikamente?

- nein ja Wenn ja, welche: _____



9. Bestehen durch Ihre derzeitigen Beschwerden Einschränkungen?

- im Alltag im Beruf in der Freizeit

10. Folgende Behandlung ist vorgesehen

Komplikationen

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Therapeuten.

Was erwarten Sie von unserer gemeinsamen Therapie?

Mit diesem Anmeldebogen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Termine 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen, ansonsten müssen wir Ihnen den nicht rechtzeitig abgesagten Termin in Rechnung stellen.

Einwilligung

Den Anmeldebogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte alle mich interessierenden Fragen klären.

Der vorgenannten Behandlung stimme ich zu.

Ort, Datum

Patient

Therapeut