

Eingangsfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Aktuelle Situation

Was hat Sie zu uns geführt? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?

Vorgeschichte

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

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Lebenssituation

Interessen / Hobbys / Freizeitaktivitäten / Kinder:

Aktueller Beruf:

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Beschwerden mit dem Herzen? ja nein

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? ja nein

Haben Sie einen Gelenkersatz? Wenn ja, wo? ja nein

Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt? ja nein

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Hören Sie nicht gut? ja nein

Sehen Sie nicht gut? ja nein

Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit? ja nein

Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen? ja nein

Leiden Sie unter Epilepsie? ja nein

Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? ja nein

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? ja nein

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher? ja nein

Hatten Sie schwere Verletzungen? Wenn ja, welche? ja nein

Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Wenn ja, welche(n)? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!