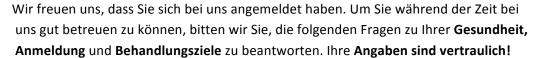
Praxisfragebogen





Anmeldung:	Datum:	
	Vorname:	
Straße:	Ort:	
Telefon: Privat:	D ienstlich:	
Handy:		
Versichert:		
Gesetzlich: Nein] Ja Wenn Ja, Zuzahlungen:	ht befreit 🗌 befreit
Krankenkasse:	Befreit bis:	
	Ja Wenn Ja, Beihilfeberechtigt: Neinformieren Sie sich über unsere Behandlungspr	_
absagen muss, außerdem bin oder nicht rechtzeitig abgesag	rn ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, die ich hiermit darüber informiert , dass unentschuld gte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelus en Patientendaten zu Abrechnungszwecken in de	digt, nicht wahrgenommene ng in Rechnung gestellt
Gesundheitsfragebogen		
Geschlecht:	weiblich männlich Alter:	
Ich würde mich als körperlich fit und gesund bezeichnen:		
Mein Trainingszustand:	niedrig durchschnittlich gut	sehr gut
Wie läuft ihr Tagesablauf überwiegend ab? (mehrere Antworten möglich)		
gehend stehend sitzend gebückt hebend tragend		
Haben/hatten sie Sie früher s	chon Beschwerden, Erkrankungen, Verletzung am	n Bewegungsapparat)
Wenn ja, welche?	wann :	
Wurden bei Ihnen Herzproble Hatten Sie in Ruhe oder bei kö	men festgestellt? Nein	la

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?
Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung(bzw. Asthma chronischer Bronchitis) bekannt?
Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung
Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, usw.)?
Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen?
Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes / Osteoporose) festgestellt?
Haben Sie nachts Schmerzen?
Haben Sie in den letzten Monaten unerwartet abgenommen? 🔲 Nein 🗍 Ja, kein Appetit 🗍 Nein 🗍 Ja
oder Nächtliches Schwitzen
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja Wenn ja welche? wofür?
Wurden bei ihnen, operative Eingriffe durchgeführt? Nein Ja Wenn ja welche und wann? Haben Sie weitere aktuelle Beschwerden, Auffälligkeiten oder Probleme die Sie erwähnen möchten?
Nein Ja wenn ja, welche?
Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet? Ständig häufig gelegentlich selten nie
Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?
Wie lang und wie viel Zeit braucht die Therapie Ihre Meinung nach? (in Wochen, Monaten)
Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/ Bewegung Ihrem Problem schadet? Nein Ja
Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10