

# Praxisfragebogen

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während der Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu Ihrer **Gesundheit**, **Anmeldung** und **Behandlungsziele** zu beantworten. Ihre **Angaben sind vertraulich!**



## Anmeldung:

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

Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

## Telefon:

Privat: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

## Versichert:

Gesetzlich:  Nein  Ja

Wenn Ja, Zuzahlungen:  nicht befreit  befreit

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Befreit bis: \_\_\_\_\_

Privat:  Nein  Ja

Wenn Ja, Beihilfeberechtigt:  Nein  Ja

**Bitte informieren Sie sich über unsere Behandlungspreise!!**

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich **einen Termin nicht wahrnehmen** kann, diesen **24 Stunden vorher absagen muss**, außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig, nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden. In dieser Praxis werden Patientendaten zu Abrechnungszwecken in der EDV gespeichert.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen

Geschlecht:  weiblich  männlich    Alter: \_\_\_\_\_

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

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 schon Beschwerden, Erkrankungen, Verletzung am Bewegungsapparat)

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_ **wann:** \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen Herzproblemen festgestellt?  Nein  Ja

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

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?  **Nein**  **Ja**

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung(bzw. Asthma chronischer Bronchitis) bekannt?  **Nein**  **Ja**

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

Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung, usw.)?  **Nein**  **Ja**

Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen?  **Nein**  **Ja**

Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung (z.B. **Diabetes** / **Osteoporose**) festgestellt?  **Nein**  **Ja**

Haben Sie nachts Schmerzen?  **Nein**  **Ja**

Haben Sie in den letzten Monaten unerwartet abgenommen?  **Nein**  **Ja, kein Appetit**  **Nein**  **Ja**  
oder **Nächtliches Schwitzen**  **Nein**  **Ja**

Leiden Sie an einer meldepflichtige Erkrankung (Tuberkulose, Herpes, MRSA-Positiv, HIV)? **Wenn ja welche?**

---

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?  **Nein**  **Ja**

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?** \_\_\_\_\_

---

Wie realistisch sehe Sie es, dass Sie dieses Ziel erreichen? **Nicht**             **Ganz**

Wie viel Zeit können bzw. würden Sie in der Woche für Therapie und Heimübungen investieren?

---