Praxisfragebogen

Physiotherapie-Zentrum Uetersen
Bob Jansen & Annemieke Leemkuil

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 und sich über den **Datenschutz** in unserer Praxis zu informieren.

Anmeldung:

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon:

Privat: _____ Geb. Datum: _____

Mobil: _____ **D**ienstlich: _____

Versichert: Email: _____

Gesetzlich: ☐ **Nein** ☐ **Ja** (gesetzl. Vers. bei Befreiung der Zuzahlung bitte Karte vorlegen!)

Krankenkasse: _____ Befreit bis: _____

Privat: ☐ **Nein** ☐ **Ja** Wenn Ja, Beihilfeberechtigt: ☐ **Nein** ☐ **Ja**

Bittte 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 unentschuldigt, nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe der Vergütungsregelung **(20,00€)** in Rechnung gestellt werden.

Datenschutz !

Wir speichern Ihre Daten, damit wir die Heilbehandlungen bei Ihnen durchführen können. Wir benötigen diese Informationen insbesondere für: Terminabsprachen, telefonische Rückfragen, Diagnosen und Behandlungsdokumentationen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Patienteninformation zum Datenschutz, die in der Praxis ausgehängt ist und auf unserer Internetseite veröffentlicht ist, zur Kenntnis genommen habe.

Datum : _____ Unterschrift: _____

Bitte die zweite Seite nicht vergessen!

Gesundheitsfragebogen

Beruf: _____

Geschlecht: ☐ **weiblich** ☐ **männlich** ☐ **divers** **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** oder **Nächtliches Schwitzen?** ☐ **Nein** ☐ **Ja**

Haben Sie in den letzten Monaten unerwartet abgenommen? ☐ **Nein** ☐ **Ja,** kein Appetit ☐ **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? _____

_____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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?

_____