



Martina Neubert
PHYSIOTHERAPEUTIN

Am Barbarakeller 8
82418 Murnau am Staffelsee
✉ martina.neubert@t-online.de
☎ 0151 68432903

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

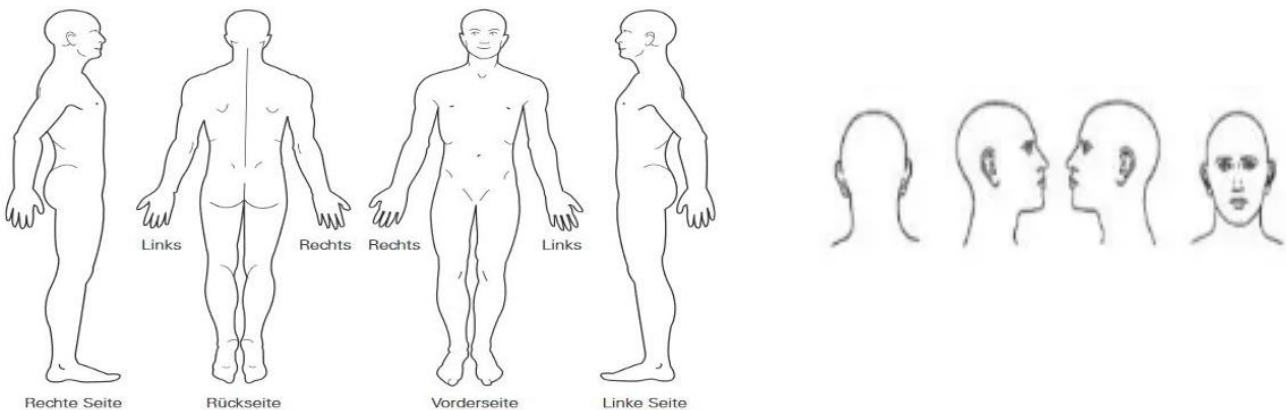
es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
Email: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Sport/ Hobby: _____
Hausarzt: _____

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine muss ich Ihnen in Rechnung stellen.

Datum/ Unterschrift: _____

1. Wo haben sie Ihre Probleme? (Bitte einzeichnen)



2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3. Haben Sie Schmerzen? ja nein

4. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

5. Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelercheinungen/Taubheit)? ja nein

6. Haben Sie Kraftverlust? ja nein

7. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? _____

8. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

9. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? _____

10. Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

11. Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe Frage 10)?

12. Wie **stark** sind Ihre Schmerzen **momentan**? Auf einer Skala von 0 (kein Schmerz)–10 (max. Schmerz). _____
13. Wie **stark** ist ihr Schmerz **maximal** (0-10)? _____
14. Haben Sie ihre Schmerzen... permanent mit Unterbrechung
15. Sind Ihre Schmerzen... gleichbleibend besser werdend schlechter werdend
16. Haben Sie Schmerzen beim **husten, niesen, pressen**? ja nein
17. Haben Sie **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen**? ja nein
18. Sind Sie **schwanger**? ja nein
19. Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein
20. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle** oder **Schluckstörungen**? ja nein
21. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? ja nein
22. Haben Sie **Probleme mit den inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? ja nein
23. Haben Sie **weitere Erkrankungen** (Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja nein
24. Nehmen Sie **Medikamente** ein? _____ ja nein
25. Haben/hatten Sie einen **Tumor**, oder eine **Krebserkrankung**? _____ ja nein
26. Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein
27. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
28. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? ja nein
29. Hatten Sie bisher schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein

30. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche nicht mit den Hauptbeschwerden im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.)? ja nein
31. Haben Sie Angst/Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? ja nein
32. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja nein
33. Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt (Röntgen, MRT, CT, Spritzen, Physiotherapie)? _____
34. Was sind **Erwartungen/persönliche Ziele** für die Therapie? Was soll nach der Therapie anders sein?
