physiofrank
PRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE UND MANUELLE THERAPIE

Gartenstraße 3 · 50321 Brühl
Tel: 02232 / 44811 · info@physiofrank.de

ERSTKONTAKTFRAGEBOGEN

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Stammdaten

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____ **Telefon:** _____

Straße: _____ **PLZ, Wohnort:** _____

Beruf: _____ **Hobbys:** _____

Allergien

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Reagieren Sie empfindlich auf Latex? ☐ Nein ☐ Ja

Andere wichtige Allergien: _____

Aktuelle Medizinische Betreuung

Sind Sie aktuell bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

☐ Hausarzt ☐ Osteopath ☐ Physiotherapeut ☐ Chiropraktiker

☐ Zahnarzt ☐ Psychiater / Psychologe Andere: _____

Datum der letzten Untersuchung: _____ **Gehen Sie zu altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?** ☐ Ja ☐ Nein

Wurden Sie in den letzten 3 Monaten behandelt? ☐ Nein ☐ Ja, wegen:

_____

Bisherige Diagnosen (Wurde bei Ihnen jemals Folgendes diagnostiziert?)

☐ Ja ☐ Nein Krebs (Art: _____)
☐ Ja ☐ Nein Herzprobleme (Art: _____)
☐ Ja ☐ Nein Hoher Blutdruck
☐ Ja ☐ Nein Kreislaufprobleme
☐ Ja ☐ Nein Thrombose / Asthma
☐ Ja ☐ Nein Magengeschwüre
☐ Ja ☐ Nein Nierenerkrankung (Art: _____)
☐ Ja ☐ Nein Hepatitis
☐ Ja ☐ Nein Abhängigkeit (Alkohol/Med.)

☐ Ja ☐ Nein Schilddrüsenprobleme
☐ Ja ☐ Nein Diabetes / Multiple Sklerose
☐ Ja ☐ Nein Schlaganfall
☐ Ja ☐ Nein Rheumatoide Arthritis
☐ Ja ☐ Nein Andere entzündl. Gelenkerkr.
☐ Ja ☐ Nein Osteoporose
☐ Ja ☐ Nein Depressionen
☐ Ja ☐ Nein Tuberkulose

☐ Ja ☐ Nein Im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?
☐ Ja ☐ Nein Im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?
☐ Ja ☐ Nein Jemals von Partner oder nahestehender Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden?

Operationen & Krankenhausaufenthalte (Grund & ungefähres Datum)

1. _____

2. _____

3. _____

Ernsthafte Verletzungen (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen)

1. Datum: _____ **2. Datum:** _____

3. Datum: _____ **4. Datum:** _____

Familiäre Vorbelastung (Eltern, Geschwister wegen Erbkrankheiten behandelt?)

- ☐ Ja ☐ Nein Diabetes
- ☐ Ja ☐ Nein Herzerkrankung
- ☐ Ja ☐ Nein Hoher Blutdruck
- ☐ Ja ☐ Nein Schlaganfall
- ☐ Ja ☐ Nein Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew)
- ☐ Ja ☐ Nein Krebs
- ☐ Ja ☐ Nein Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)
- ☐ Ja ☐ Nein Depressionen
- ☐ Ja ☐ Nein Nierenerkrankung

Medikamenteneinnahme in der vergangenen Woche

Präparat	Eingenommen?	Vom Arzt verordnet?
Aspirin	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Paracetamol	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Ibuprofen, Diclofenac, etc.	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Medikamente gegen Magengeschwüre	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Vitamine / Mineralien (Nahrungsergänzung)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Pflanzliche Mittel	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Andere, nicht verordnete Mittel: _____

physiofrank

Gartenstraße 3 · 50321 Brühl · Tel: 02232 / 44811

Aktuell ärztlich verordnete Medikamente (Tabletten, Injektionen, Pflaster etc.)

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

Genussmittel

Kaffee/koffeinhaltige Getränke pro Tag: _____ **Zigaretten pro Tag:** _____ **Seit Jahren:** _____

Rauchstopp seit: _____ **Alkohol-Konsum an** _____ Tagen/Woche.

An diesen Tagen ca. _____ Gläser Bier/Wein o.ä.

Symptome (Welche derzeitigen Beschwerden sind für Sie NEU, UNGEWÖHNLICH oder ATYPISCH?)

- ☐ Ja ☐ Nein Gewichtsveränderung
- ☐ Ja ☐ Nein Übelkeit / Erbrechen
- ☐ Ja ☐ Nein Schwindel / Müdigkeit
- ☐ Ja ☐ Nein Schwächegefühl
- ☐ Ja ☐ Nein Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen
- ☐ Ja ☐ Nein Kribbeln oder Taubheit / Zittern
- ☐ Ja ☐ Nein Anfallsleiden / Epilepsie
- ☐ Ja ☐ Nein Doppelbilder / Sehverlust
- ☐ Ja ☐ Nein Gerötete Augen / Hautausschlag
- ☐ Ja ☐ Nein Schlafstörungen / Hörstörungen
- ☐ Ja ☐ Nein Störungen der Sexualfunktion
- ☐ Ja ☐ Nein Stress bei der Arbeit oder zu Hause
- ☐ Ja ☐ Nein Gelenk-/Muskelschwellung
- ☐ Ja ☐ Nein Unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)
- ☐ Ja ☐ Nein Starke Blutung / Atemnot
- ☐ Ja ☐ Nein Regelmäßiges Husten
- ☐ Ja ☐ Nein Arm- / Beinschwellung
- ☐ Ja ☐ Nein Herzrasen / Schluckbeschwerden
- ☐ Ja ☐ Nein Sodbrennen / Verstopfung / Durchfall
- ☐ Ja ☐ Nein Blut im Stuhl / Blut im Urin
- ☐ Ja ☐ Nein Post Menopause / Wechseljahre
- ☐ Ja ☐ Nein Probleme beim Wasserlassen / Inkontinenz
- ☐ Ja ☐ Nein (Mögliche) Schwangerschaft

Ergänzungen: _____

Unterschrift Patient	Unterschrift Therapeut	Datum

© Kerstin Lüdke