

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name: Vorname:

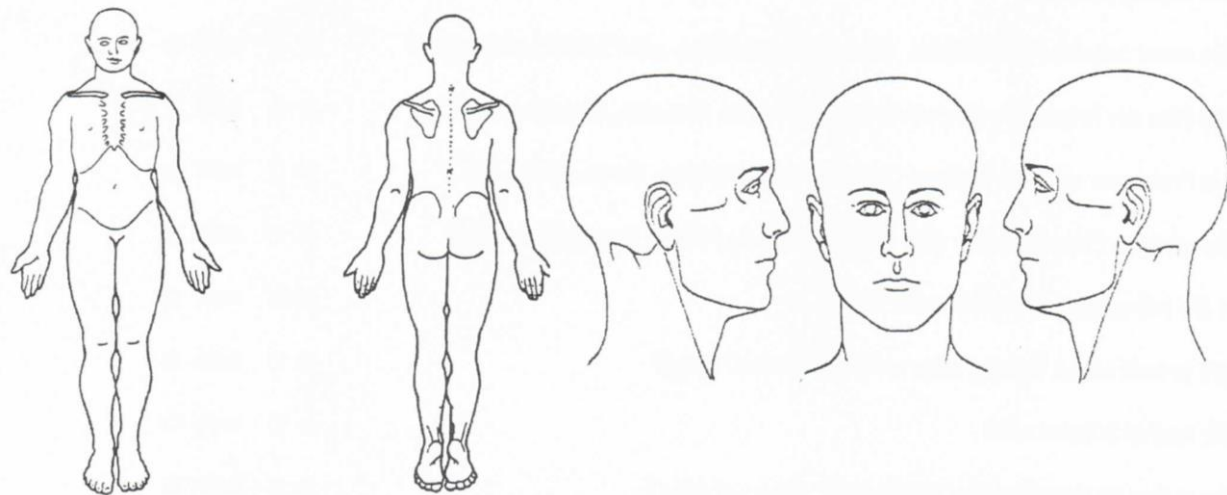
Alter: Beruf:

Sport: Hobby:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: Telefonbuch, Internet, Flyer, Anzeige, Empfehlung?:

Hiermit gestatte ich der ZAP Physiotherapie im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von mir/meinem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen (siehe Pflichtinformationen nach DSGVO).

1.) **Wo** haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einzeichnen)?:



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

3.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

4.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

5.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

6.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**?

7.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?

8.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent / mit Unterbrechung

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

10.) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. was **verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen,
Überkopparbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts,
sonstiges:

11.) Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?:
(kein Schmerz) 0 -- 1 -- 2 -- 3 -- 4 -- 5 -- 6 -- 7 -- 8 -- 9 -- 10 (maximaler Schmerz)

12.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): besser werdend / gleich / schlechter werdend / variabel

- 13.) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja nein
- 14.) Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen? ja nein
- 15.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)? ja nein
- 16.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
- 17.) Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**? ja nein
- 18.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
- 19.) Hatten Sie in den letzten Wochen **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein
- 20.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein
- 21.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?
Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.? ja nein
- 22.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja nein
- 23.) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ja nein
- 24.) Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja nein
- 25.) Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja nein
- 26.) Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein**. ja nein
- 27.) Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein
- 28.) Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass Sie nicht besser werden**. ja nein
- 29.) Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein
- 30.) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten zwei Wochen im Gesamten gesehen? (Bitte einkreisen)
Überhaupt nicht - wenig - mäßig - stark - äußerst stark
- 31.) Weist Ihr **Schmerz** eines der **folgenden Merkmale** auf?
- | | Ja | Nein |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brennen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühl der schmerzhaften Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elektrische Schläge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 32.) Treten folgende **Symptome** mit den **Schmerzen im gleichen Körperbereich** auf?
- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Kribbeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pieksen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juckreiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 33.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen - Computer-/Kernspintomographie - Spritze - Massage - Physiotherapie - Training - Anderes
- 34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen **vollständig** und **korrekt** angegeben.

Datum, Unterschrift: _____