

Gesundheitsfragebogen Physiotherapie

Die angegebenen Daten werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Therapieplanung.

- Name:
- Telefonnummer:
- Hauptbeschwerden:

- Seit wann:
 - Akut: chronisch (mehr als 3 Monate):

- Bisherige Therapien:
 - Effekt (betreffendes bitte ankreuzen):
 - Sehr gut: gut: mittel: kein Effekt:

- Zusatzerkrankungen / chronische Erkrankungen: (z.B. Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes Mellitus, Reuma)
 - Ja nein
 - Wenn ja welche:

- Regelmäßige Medikamenteneinnahme: (Blutverdünner, Blutdrucksenker Schmerzmittel...)
 - Ja nein
 - Wenn ja welche & Häufigkeit:

- Allergie/Pflasterallergie/sehr sensible Haut/Papierhaut:
 - Ja nein
 - Wenn ja welche:

- Bisherige Operationen & Datum:

- Künstliche Gelenke: (Total- und Teilendoprothesen)
 - Wenn ja welche:

- Schwere Unfälle:
 - Ja nein

- Schleudertrauma:
 - Ja nein

- Schwindel:
 - Ja nein

- Treiben Sie regelmäßig Sport:
 - Wenn ja; Welchen & wie oft: