

Fragebogen für Anwendungen

Dieser Fragebogen hilft Ihnen und uns, Ihre Beschwerden und mögliche Ursachen näher einzugrenzen. Mit Ihrer Hilfe sparen wir Zeit, die uns dann für Ihre Behandlung zur Verfügung steht. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Name, Vorname:

Email: Tel.-Nr.:

Krankenkasse:

Allgemeine Gesundheitsfragen:

1. Sind Sie berufstätig , Rentner oder Anderes ?

2. Wie würden Sie Ihren Tagesablauf beschreiben?

keine besondere Anstrengung mäßige körperliche Anstrengung hohe körperliche Anstrengung

überwiegend sitzend überwiegend stehend überwiegend in Bewegung

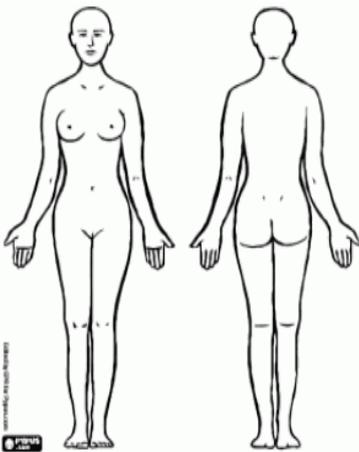
3. Wie schätzen Sie Ihre Stressbelastung ein?

konstant hin und wieder belastungsabhängig eher selten

4. Haben Sie Schmerzen , Bewegungsdefizite oder andere körperliche Probleme ?

4a. Wenn „Ja“, wo ?

Bitte einzeichnen und
genauer beschreiben:

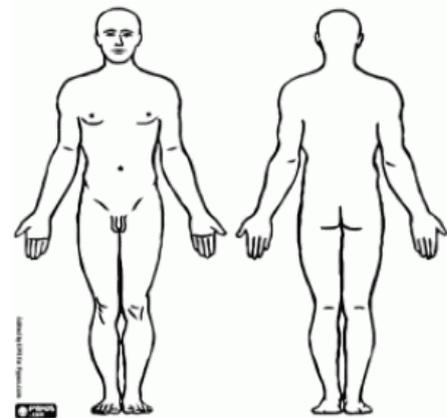


.....

.....

.....

.....



4b. Wann treten die Störungen vorwiegend auf ?

nach dem Aufstehen den gesamten Tag nach Belastung in Ruhe nachts

5. Wie stark schätzen Sie, falls Sie Schmerzen haben diese zurzeit ein?

(0 = keine Schmerzen – 10 = schlimmste Schmerzen)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Welche realistischen Ziele wollen Sie mit der Behandlung erreichen und was erwarten Sie von Ihrem Therapeuten?

.....

.....

6. Haben Sie besondere gesundheitliche Einschränkungen?

- Allergien nein ja/ welche.....
- Herz-/ Kreislaufbeschwerden nein ja/ welche.....
- Rücken-/ Gelenkprobleme nein ja/ welche.....
- Operationen nein ja/ welche.....
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) nein ja/ welche.....
- Osteoporose nein ja
- Medikamente (z.B. Blutverdünner...) nein ja/ welche.....
- Schwangerschaft nein ja

Wird von Ihrem Therapeuten ausgefüllt!

| | |
|--------------------|--------|
| Befund / Diagnose: | Datum: |
| Therapie: | |
| Ziel: | |

| Behandlung | KG | MT | KMT | Bobath | PNF | Behandlungsverlauf ↑ (besser) ↓ (schlechter) = (gleich) |
|------------|----|----|-----|--------|-----|---|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |