



## Patientenbefundbogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Sie haben sich dafür entschieden, sich in unserer Praxis behandeln zu lassen.

Wir danken Ihnen für das damit entgegengebrachte Vertrauen.

Um ihre Beschwerden adäquat behandeln zu können, benötigen wir ihre aktive Mitarbeit und Hilfe. Der nachfolgende Fragenbogen dient uns dazu, die Ursachen für Ihre Beschwerden heraus zu finden. In unserem Behandlungskonzept entscheidet dieser Befund über die Art der individuellen Behandlung mit.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie, dieses Formular auszudrucken und dann auszufüllen. Vergessen Sie bitte nicht, das ausgefüllte Formular dann zur ersten Behandlung mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,

Kiens Physiotherapie

***Alle persönlichen Daten, die Sie uns mitteilen, werden von uns streng vertraulich behandelt und grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben.***

# Physiotherapie



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Umschreiben Sie Ihre Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

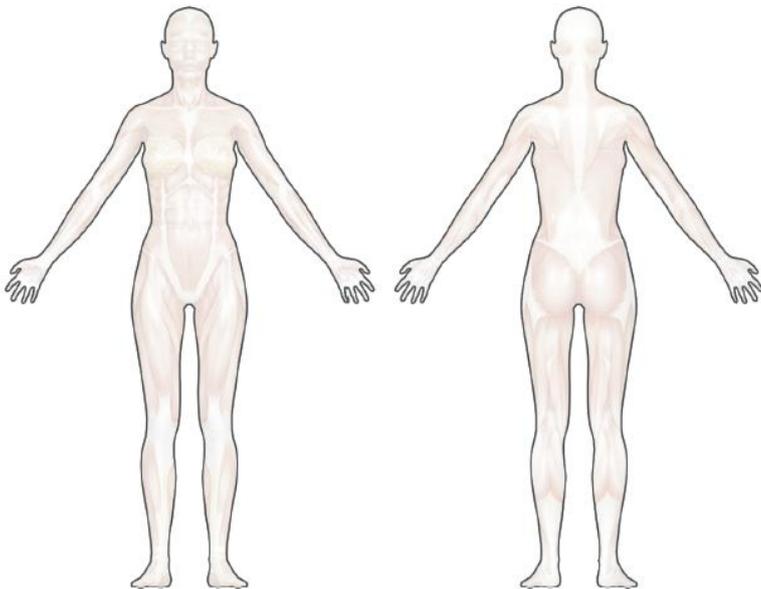
\_\_\_\_\_

## Körpertabelle:

Zeichnen Sie Ihre Probleme/Schmerzgebiete ein. Wenn Sie mehrere Gebiete einzeichnen, nummerieren Sie diese Gebiete nach Wichtigkeit. (1)=wichtigste (2),(3),...= abnehmend wichtig

vorne

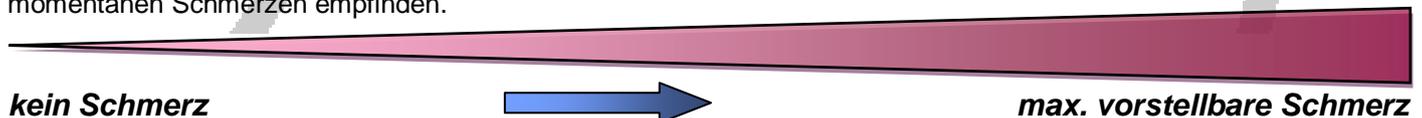
hinten



Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

## Schmerzskala:

Geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an. Kreuzen Sie auf den unten aufgeführten Linien an, wie stark Sie Ihre momentanen Schmerzen empfinden.





## Tagesverlauf der Beschwerden:



**Probleme bei:** ( ) Liegen, ( ) Drehen, ( ) Aufsetzen, ( ) Sitzen, ( ) Aufstehen, ( ) Gehen, ( ) Bücken,  
( ) Treppe \_ auf / \_ ab

## Krankheitsgeschichte:

Wie lang bestehen die Beschwerden: \_\_\_\_\_ Verlauf / Tendenz: \_\_\_\_\_

Ursache bekannt: \_\_\_\_\_ Unfall: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen, welche und wann? \_\_\_\_\_

Was verbessert/verschlechtert die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Welche therapeutischen Maßnahmen sind schon unternommen worden? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre Hauptbelastungen?

Arbeitshaltung: \_\_\_\_\_ Heben: \_\_\_\_\_ Autofahren: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_ Sport: \_\_\_\_\_

Haben folgende Symptome? ( ) Kopfschmerzen, ( ) Schwitzen, ( ) Schwindel, ( ) Sehstörungen, ( ) Schluckprobleme,  
( ) Müdigkeit, ( ) Gleichgewichtsstörungen, ( ) Harn-/Stuhl-Inkontinenz, ( ) Schwellungen der Extremitäten, ( ) Übelkeit

Andere: \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Erkrankungen? ( ) Rheuma, ( ) Diabetes, ( ) Osteoporose, ( ) MS, ( ) Parkinson, ( ) Schlaganfall,  
( ) Gerinnungsstörung, ( ) Herz-/ Blutdruckprobleme, ( ) Asthma/COPD,  
( ) Allergien, Infektionen, welche: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_



Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein?

---

---

---

---

---

---

---

---

Wissen Sie auch wofür?

---

---

---

---

---

---

---

---

Was wollen Sie mit der physiotherapeutischen Behandlung erreichen? \_\_\_\_\_

Zielsetzungen: \_\_\_\_\_

**Bitte, falls vorhanden, Röntgen- / Computertomografische- / Kernspin-Bilder mitbringen.**

**Persönliche Anmerkungen zu Problemen, die in diesem Befund nicht zur Sprache gekommen sind:**

*kiens*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Physiotherapie

.....  
**Ort und Datum**

.....  
**Unterschrift**