

Eingangsfragebogen

wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Aktuelle Situation

Was hat Sie zu uns geführt? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?

Vorgeschichte

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sich diese seitdem verändert?

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Lebenssituation

Interessen / Hobbys / Freizeitaktivitäten / Kinder:

Aktueller Beruf:

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Beschwerden mit dem Herzen? **Ja** **Nein**

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? **Ja** **Nein**

Haben Sie einen Gelenkersatz? Wenn ja, wo? **Ja** **Nein**

Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt? **Ja** **Nein**

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? **Ja** **Nein**

Hören Sie nicht gut? **Ja** **Nein**

Sehen Sie nicht gut? **Ja** **Nein**

Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit? **Ja** **Nein**

Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen? **Ja** **Nein**

Leiden Sie unter Epilepsie? **Ja** **Nein**

Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt? **Ja** **Nein**

Sind Sie schwanger? **Ja** **Nein**

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? **Ja** **Nein**

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? **Ja** **Nein**

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher? **Ja** **Nein**

Hatten Sie schwere Verletzungen? Wenn ja, welche? **Ja** **Nein**

Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Wenn ja, welche(n)? **Ja** **Nein**

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort / Datum:

Unterschrift