

## Kurzfragebogen Patienten Beschwerden | Kontraindikationen | Physiotherapeut C.Lellek

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie kurz die Beschwerden, deretwegen Sie zu uns kommen:

---

---

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Wodurch werden sie besser? \_\_\_\_\_

... und schlechter? \_\_\_\_\_

Stellen Sie sich vor: 10 ist Maximalbeschwerde / 0 gar keine. Wo sind Sie? (0-10): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sind die Beschwerden nachts stärker?  ja  nein

... und/oder bewegungsabhängig?  ja  nein

Was haben Sie bereits versucht, um Abhilfe zu schaffen? \_\_\_\_\_

Welche Therapien wurden bereits bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  ja  nein

Welcher Art? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Osteoporose?  ja  nein

... unter Knochenbrüchen  ja  nein

Leiden Sie unter Herz-/Kreislaufkrankungen?  ja  nein

Gibt es:

bekannte Veränderungen an der Wirbelsäule?  ja  nein

organische Erkrankungen?  ja  nein

Gefäßveränderungen?  ja  nein

Bösartige Tumore?  ja  nein

Operationen?  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  ja  nein

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Epilepsie?  ja  nein

Gab es neurologische Ausfälle (Missempfindungen der Haut, Kraftmangel?)  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

**Organisatorischer Hinweis**

**Hiermit stimme ich zu, dass ich Rechnungen als PDF-Datei über folgende E-Mail-Adresse  
zugeschickt bekomme:** \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_

Ergänzungen durch den Therapeuten:

---

---

---

---

---

---

---