



alsterphysio
Rückenwind

Aufnahmebogen

Liebe Patienten, ich freue mich, Sie als Patient/in begrüßen zu dürfen und wünsche Ihnen baldige Genesung. Um Sie hierbei optimal unterstützen und betreuen zu können, benötige ich einige allgemeine und spezielle Informationen über Sie und Ihre Gesundheit. Daher bitte ich Sie, mein Aufnahmeformular nach bestem Wissen und Gewissen auszufüllen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Falls Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, sprechen Sie mich einfach an.

Ich kümmere mich darum!

Sandra Nowak

Meine Daten

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Haus-Nr.

PLZ und Ort

Telefon (Mobil)

Telefon (Festnetz)

Telefon (Arbeit)

E-Mail

Ich möchte, dass meine E-Mail Adresse für Informationen in den Verteiler aufgenommen wird (bitte einkreisen): ja nein

Überweisender Arzt

Hausarzt

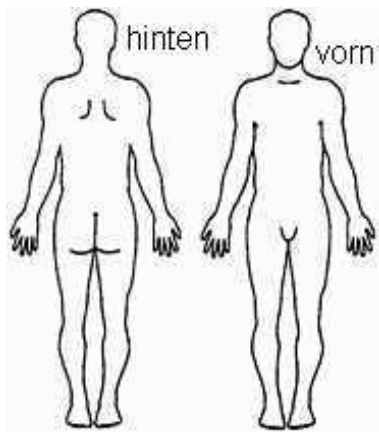
Wie sind Sie auf die Praxis alsterphysio Rückenwind aufmerksam geworden?

- Arzt Familie Freunde/Bekannte Arbeitskollegen
 Telefonbuch Internet Sonstige

Für Privatpatienten

- Ich bin beihilfeberechtigt Ich bin nicht beihilfeberechtigt

1.) Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden ein



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3.) Haben Sie Schmerzen? ja nein

4.) Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt? ja nein

5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja nein

6.) Haben Sie schnell an Kraft verloren? ja nein

7.) Welche Einschränkungen haben Sie im Alltag?

8.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

9.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall etc.)?

10.) Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen)?

11.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden (siehe oben)?

12.) Wie stark sind Ihre Beschwerden momentan? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Wie stark sind Ihre Beschwerden maximal? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Sie haben Ihre Beschwerden (bitte einkreisen):

permanent/ mit Unterbrechungen

15.) Ihre Beschwerden sind (bitte einkreisen):

gleich bleibend/ besser werdend/ verschlechternd

16.) Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken? ja nein

17.) Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit? ja nein

18.) Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ja nein

19.) Sind Sie schwanger? ja nein

20.) Haben Sie häufig Kopfschmerzen? ja nein

21.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?

ja nein

22.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: Diabetes, Rheuma, Osteoporose?

ja nein

23.) Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

24.) Haben Sie Probleme mit den inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

25.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

26.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein

27.) Haben Sie nachts Schmerzen? ja nein

28.) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet Gewicht verloren? ja nein

Wenn ja, wieviel? _____

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/ oder Operationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

30.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik/ Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie(MRT)/Spritze/Massage/ Physiotherapie

Anderes: _____

34.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und korrekt angegeben.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten.

Ort / Datum

Unterschrift