



## Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte/r Patientin,

bitte füllen Sie den Aufnahmefragebogen **unbedingt sorgfältig** aus. Dies hilft uns, Ihre Beschwerden besser einzuschätzen und mit Ihnen zusammen die Therapie effektiv zu gestalten.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

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

Ich arbeite überwiegend:

sitzend

stehend

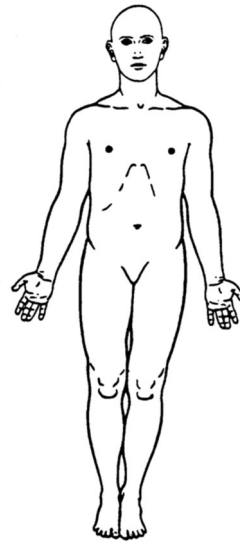
in Bewegung

### Wo haben Sie Beschwerden?

Schraffieren Sie bitte in nebenstehender Zeichnung:

**1. in Rot:** die Abschnitte, die Ihnen im Moment die größten Probleme bereiten. Markieren Sie mit „X“ die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.

**2. mit Blau:** die Abschnitte, die Ihnen von Zeit zu Zeit im Alltag Probleme bereiten (z. B. nach Freizeitaktivitäten oder längeren ungewohnten Tätigkeiten)



### Wann treten diese Beschwerden auf?

wenn ich im Bett liege

wenn ich etwas hebe/ trage

wenn ich gehe/ laufe

wenn ich den Kopf bewege

wenn ich am PC arbeite

wenn ich längere Zeit gegangen bin \_\_\_ m/ Km

wenn ich sitze/ längere Zeit gegessen habe

wenn ich aus dem Bett/ aus dem Sitzen aufstehe

wenn ich längere Zeit gelaufen bin \_\_\_ m/Km

Sonstiges:

### Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

seit \_\_\_ Tagen

seit \_\_\_ Wochen

seit \_\_\_ Monaten

seit \_\_\_ Jahren

### Wie sehr beeinträchtigen Sie diese Beschwerden im Alltag (bitte machen Sie ein Kreuz)?

gar nicht

vollständig

### Wie stark sind Ihre Beschwerden jetzt in diesem Moment (bitte machen Sie Kreuz)?

Kein

Schmerz

stärkster

vorstellbarer Schmerz

### Nehmen Sie gegen Ihre Schmerzen Medikamente? Wenn ja, welche?



## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Wurde bei Ihnen von einem Arzt eine der folgenden Erkrankungen des Bewegungsapparates festgestellt?

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall   | <input type="checkbox"/> Arthrose    | <input type="checkbox"/> M. Bechterew         |
| <input type="checkbox"/> Skoliose  | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> entzündliches Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen des Bewegungsapparates:                             |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Es wurden bisher keine Erkrankungen des Bewegungsapparates festgestellt |                                      |   |

Wurde bei Ihnen von einem Arzt eine der folgenden Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems festgestellt?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/ Schwäche   | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt          |
| <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes  | <input type="checkbox"/> Angina pectoris       | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)                                      | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale    |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen:   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Es wurden bisher keine Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems festgestellt |  |   |

Nehmen Sie gegen die oben genannten Erkrankungen regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |                   |                             |                               |       |                             |                               |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| Scabies (Krätze): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | HIV:  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis B:      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | MRSA: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hatten Sie schon einmal Unfälle (Sport, Freizeit, Beruf)? Wenn ja, wann und welche?

Wurden bei Ihnen schon mal Operationen durchgeführt? Wenn ja, wann und welche?

## Fragen zu Ihrem Freizeitverhalten

- Bewegen Sie sich in Ihrer Freizeit regelmäßig?  ja  nein      Stunden pro Woche:
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spaziergehen   | <input type="checkbox"/> Joggen           | <input type="checkbox"/> Nordic Walking |
| <input type="checkbox"/> Radfahren      | <input type="checkbox"/> Wandern          | <input type="checkbox"/> Schwimmen      |
| <input type="checkbox"/> Fitness-Studio | <input type="checkbox"/> Andere Sportart: |   |

Bitte geben Sie in ganzen Sätzen an, welches Ziel Sie mit der Therapie erreichen möchten?

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung und die Kenntnissnahmen gelesen und den Aufnahmebogen sorgfältig ausgefüllt habe.

Wahlstedt, d. \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



**Praxis für Physiotherapie und Orthopädisch Manuelle/ Manipulative Therapie Michael Wagner**