

Patientenfragebogen – Physiotherapie

Dies ist ein allgemeiner Fragebogen. Er hilft uns, Sie und Ihre Probleme umfassend zu verstehen und Ihre Behandlung individuell zu planen. Bitte füllen Sie das Blatt vor Ihrer ersten Behandlung zu Hause oder im Wartebereich der ambulanten Physiotherapie aus. Dafür dürfen Sie auch gerne 10 Minuten früher kommen.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank.

1. Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Handynummer:

E-Mail:

Hausarzt:

2. Operationen / Unfälle / Diagnose

Weitere Erkrankungen (auch aus der Vergangenheit):

☐ Herz/Kreislauf

☐ Bluthochdruck

☐ Atemerkrankungen

☐ Diabetes mellitus

☐ Tumor

☐ Osteoporose

☐ Allergien

☐ Schilddrüsenerkrankungen

☐ Epilepsie

☐ psychische Erkrankungen

☐ andere:

3. Medikamente

☐ Kortison

☐ Blutverdünner

☐ Schmerzmittel

☐ Hormone

☐ Antidepressiva

☐ Betablocker

☐ Blutdruck

☐ andere:

4. Kontextfaktoren

Beruf: Beschäftigungsgrad: % aktuelle Arbeitsfähigkeit: %

Freizeit / Hobbies:

Unterstützung benötigt: ☐ Ja ☐ Nein

Wohnsituation: ☐ Alleine ☐ Wohnung ☐ Haus ☐ Garten ☐ Treppe ☐ Lift

Hilfsmittel:

5. Aktuelle Beschwerden

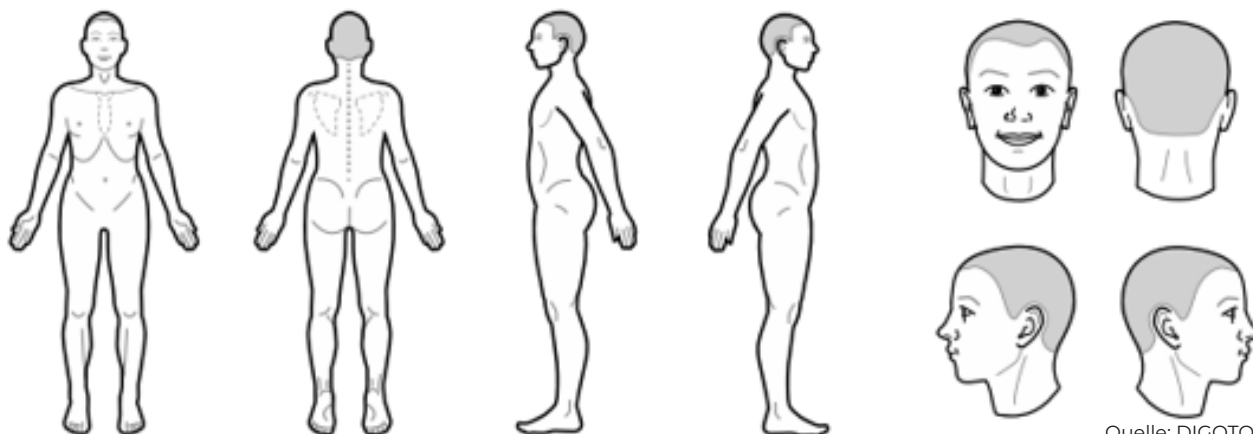
Welche Einschränkungen habe ich in meinem Alltag?

keine Beschwerden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximale Beschwerden

Haben Sie: ☐ Ruheschmerzen ☐ Nachtschmerzen ☐ Dauerschmerzen

Was tut gut? Was hilft Ihnen?

Was verschlimmert diese Beschwerden?



Quelle: DIGOTOR



Hatten Sie in den **letzten Wochen**:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Gang- und Gleichgewichtsstörungen | ☐ Schwindel |
| ☐ Übelkeit | ☐ Ohnmachtsanfälle | ☐ Benommenheit |
| ☐ Sprech-/Schluckbeschwerden | ☐ Gewichtsverlust | ☐ Sehprobleme/Doppelbilder |
| ☐ Fieber/Schüttelfrost | ☐ Nachtschweiss | ☐ Infektanfälligkeit |

Hatten Sie in der **letzten Woche**:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Verdauungsbeschwerden/Sodbrennen | ☐ Blasenschwäche | ☐ morgendliche Steifigkeit |
| ☐ Kurzatmigkeit | ☐ vermehrte Müdigkeit | ☐ Herzerasen |
| ☐ belastungsabhängige Brustschmerzen | ☐ Schweissausbrüche | |

Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag...)

☐ Ja

6. Patientenspezifische Funktionsskala (PSFS)

Welche Aktivität können Sie aktuell aufgrund Ihrer Beschwerden nicht oder nur schwer ausführen? Schreiben Sie drei Aktivitäten aus Ihrem Alltag auf und bewerten Sie diese mit einem Wert zwischen 0 und 10:

Aktivität	Unfähig Aktivität auszuführen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	kann Aktivität gut ausführen	Wert 0-10
1.														
2.														
3.														

7. Sturzfragen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?

☐ Ja ☐ Nein

↳ Falls Ja:

Wie oft?

haben Sie sich dabei verletzt?

☐ Ja ☐ Nein

Fühlen Sie sich unsicher beim Stehen oder Gehen)?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Angst zu stürzen?

☐ Ja ☐ Nein

8. Schlaf und Hormone

Können Sie genügend und gut schlafen?

☐ Ja ☐ Nein

Befinden Sie sich in den Wechseljahren oder sind sie schwanger?

☐ Ja ☐ Nein

9. Andere

Sind Sie aktuell in anderen Therapien? Wenn ja, in welchen?

Was ist Ihr Therapieziel?

Was sind Ihre Erwartungen an die Physiotherapie?

Welche Veränderung im Alltag würde für Sie einen Therapieerfolg bedeuten?

Denken Sie, dass ihr jetziger Zustand lange anhalten wird?

☐ Ja ☐ Nein

Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein?

☐ Ja ☐ Nein

10. Anliegen oder offene Frage