



PHYSIOTHERAPIE Sawadzki

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie sie zunächst aus, wir helfen Ihnen gern. Vielen Dank!

NACHNAME: _____ VORNAME: _____

ADRESSE: _____ PLZ, WOHNORT: _____

GEBURTSDATUM: _____ BERUF: _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____

Allergien:

Sind Sie allergisch gegen Medikamente? NEIN / JA, welche? _____

Reagieren Sie empfindlich auf Latex? NEIN / JA

Haben Sie schon einmal allergisch auf Pflaster oder elastische Tapes reagiert? NEIN / JA

Haben Sie andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten? _____

Sind Sie aktuell bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

____ Hausarzt ____ Psychiater/Psychologe Andere: _____

____ Facharzt ____ Physiotherapeut/Krankengymnast

____ Zahnarzt ____ Heilpraktiker Datum der letzten Untersuchung: _____

Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten drei Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? _____

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

JA / NEIN Krebs. Wenn JA, welche Art? _____

JA / NEIN Herz-Kreislaufprobleme. Wenn JA, welcher Art? _____

JA / NEIN Asthma

JA / NEIN Magengeschwüre

JA / NEIN Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen

JA / NEIN Schilddrüsenprobleme

JA / NEIN Diabetes

JA / NEIN Multiple Sklerose

JA / NEIN Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Gelenkerkrankungen

JA / NEIN Depressionen

JA / NEIN Hepatitis

JA / NEIN Tuberkulose

JA / NEIN Schlaganfall

JA / NEIN Nierenerkrankungen. Wenn JA, welche Art? _____

JA / NEIN Thrombose

JA / NEIN Osteoporose

JA / NEIN andere _____

Rauchen Sie regelmäßig oder haben Sie früher regelmäßig geraucht? NEIN / JA

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster,...):

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen, ...), Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden, und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe des Grundes, und das ungefähre Datum (Jahr):

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____

Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) von Ihnen jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?

JA / NEIN	Diabetes	JA / NEIN	Krebs
JA / NEIN	Herzerkrankung	JA / NEIN	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)
JA / NEIN	hoher Blutdruck	JA / NEIN	Depressionen
JA / NEIN	Schlaganfall	JA / NEIN	Nierenerkrankung
JA / NEIN	Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M.Bechterew)		

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

Aspirin	JA / NEIN	waren diese verordnet	JA / NEIN
Paracetamol	JA / NEIN		JA / NEIN
Ibuprofen, Diclofenac, etc	JA / NEIN		JA / NEIN
Medikamente gegen Magengeschwüre	JA / NEIN		JA / NEIN
Andere, die Ihnen nicht verordnet wurden: _____			

Welche derzeitigen Beschwerden aus der Liste sind für Sie NEU, UNGEWÖHNLICH oder ATYPISCH?

JA / NEIN	Gewichtsveränderung	JA / NEIN	Gelenk-/Muskelschwellung
JA / NEIN	Übelkeit/Erbrechen	JA / NEIN	unerklärte Hämatome (blaue Flecken)
JA / NEIN	Schwindel	JA / NEIN	starke Blutung
JA / NEIN	Müdigkeit	JA / NEIN	Atemnot
JA / NEIN	Schwächegefühl	JA / NEIN	regelmäßiges Husten
JA / NEIN	Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	JA / NEIN	Arm- oder Beinschwellung
JA / NEIN	Kribbeln oder Taubheit	JA / NEIN	Herzrasen
JA / NEIN	Zittern	JA / NEIN	Schluckbeschwerden
JA / NEIN	Anfallsleiden / Epilepsie	JA / NEIN	Sodbrennen
JA / NEIN	Doppelbilder sehen	JA / NEIN	Verstopfung / Durchfall
JA / NEIN	Verlust der Sehschärfe	JA / NEIN	Blut im Stuhl
JA / NEIN	gerötete Augen	JA / NEIN	Post Menopause /Wechseljahre
JA / NEIN	Hautausschlag	JA / NEIN	Probleme beim Wasserlassen
JA / NEIN	Schlafstörungen	JA / NEIN	Urininkontinenz
JA / NEIN	Störungen in der Sexualfunktion	JA / NEIN	Blut im Urin
JA / NEIN	nächtliches Schwitzen	JA / NEIN	(mögliche) Schwangerschaft
JA / NEIN	Hörstörungen	JA / NEIN	Stress bei der Arbeit oder zu Hause

Wie haben Sie von uns erfahren?

- Empfehlung durch Arzt
 Empfehlung durch Bekannte/n
 Internet
 Telefonbuch
 Flyer gefunden
 Außenwerbung
 anderes: _____

Unterschrift Therapeut

Datum

Unterschrift Patient

Datum