

# Aufnahmefragebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 um eine möglichst optimale Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir vorab einige Informationen. In  
 Ihrem eignen Interesse bitten wir Sie, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten. Möchten oder  
 können Sie eine Frage nicht beantworten, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen. Alle Angaben  
 unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hobbies/ Freizeit: \_\_\_\_\_

**Ja    Nein**

- 1   Fühlen Sie sich in letzter Zeit oft unwohl oder krank?
- 2   Leiden Sie unter häufigen Infektionen (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)?
- 3   Haben Sie unklares Fieber oder unerklärlichen Schüttelfrost?
- 4   Fühlen Sie sich oft müde?
- Schwitzen Sie in der Nacht?
- 5   Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:
  - Diabetes                       Osteoporose                       Hormonstörungen                       neurol. Erkrankungen
  - Bluthochdruck                       Arteriosklerose                       Organstörungen                       Venenleiden
 Nicht genannt:

6   Nehmen sie Medikamente oder Hormone ein?

Medikament/Präparat	Grund der Einnahme	Seit

7   Hatten Sie in der Vergangenheit irgendwelche Operationen? Wann?


	Ja	Nein	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren?
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten oder haben Sie eine bösartige Erkrankung (Krebs)?
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Schmerzen, die sehr plötzlich eingetreten sind oder sehr stark zunehmen?
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie ernsthafte Schmerzen während der Nacht?
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie ständige Schmerzen, auch bei Ruhe, Bewegung oder veränderter Haltung?
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommt es bei Ihnen zu Taubheitsgefühlen an bestimmten Körperstellen?
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spüren Sie Missempfindungen an bestimmten Körperstellen? (z.B. Kribbeln, Brennen)
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spüren Sie einen plötzlichen Kraftverlust an Armen oder Beinen?
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in letzter Zeit Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie oft?
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlieren Sie ungewollt Urin oder Stuhl?
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen? (z.B. „nicht können“, „oft müssen“)
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie starken Schwindel oder das Bewusstsein verloren?
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Gedächtnisstörungen oder fühlen Sie sich verwirrt?
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Sehstörungen? (z.B. blinde Flecken, Doppelbilder, verschwommenes Sehen)
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden bei Ihnen Herz-, Kreislauf- oder Lungenbeschwerden?
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in bestimmten Situationen eine Engegefühl oder Schmerzen in der Brust?
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in bestimmten Situationen Atemnot?
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie abhängig von Drogen, Medikamenten oder Alkohol?
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie HIV positiv, bzw. haben Sie Aids?
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Allergien, Hautprobleme oder Hautpilz?
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie deformierte Körperteile? (z.B. Rundrücken, Skoliose)
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[Für Frauen:] Sind sie schwanger?
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es ist wichtig, dass Ihr Arzt über Ihren Gesundheitszustand informiert ist. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Physiotherapeut Ihren Arzt über Ihre Beschwerden und Behandlung informiert?

**Erklärung I**  
**Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Erklärung II**  
**Da die die letzte Therapieeinheit schon länger als 6 Monate her ist, wurden Sie gebeten, die obigen Fragen nochmals zu überarbeiten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie aktuelle Abweichungen zu den ursprünglichen Antworten kenntlich gemacht haben.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift