

Befundbogen

Wir möchten mit diesem Fragebogen eine effektivere Therapie ermöglichen und mit Ihrer Hilfe mehr Zeit und Orientierung für Ihre Therapie gewinnen.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anzahl Kinder und Alter

Jetzige Beschwerden und Schmerzsymptomatik

Schilderung der
Beschwerden/Schmerzen,
die zum Arztbesuch
geführt haben

Seit wann bestehen diese
Beschwerden?
Was war Ihrer Meinung
nach der Auslöser?

Wann treten
die Schmerzen auf?

Morgens
Im Laufe des Tages
Am Wochenende
Abends

Permanent
Wetterabhängig
In Ruhe
In der Nacht

Besser werdend
Schlechter werdend

Schmerzen treten
nach folgender Belastung/
Tätigkeit auf:

Wie können Sie die
Beschwerden beeinflussen?

Bitte ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Symptomatik Ihrer Beschwerden

Treffen folgende Symptome auf Ihre Beschwerden zu?

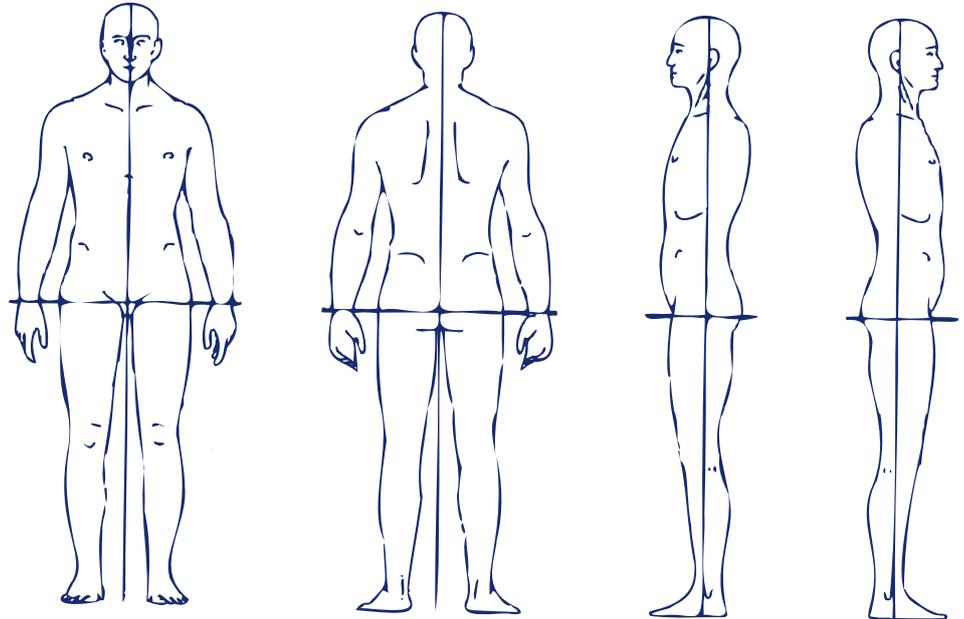
Kribbeln
Lähmungserscheinungen
Taubheitsgefühle

Spastiken
Stechend
Nadelstiche

Dumpf
Brennend
Ameisen laufen

Wo spüren Sie Schmerzen?
Zeichnen Sie die Schmerzherde in die Grafik ein →

Digital ist dieser Teil nicht zu bearbeiten.



Wie stark sind Ihre Schmerzen zurzeit?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = Keine Schmerzen – 10 = Stärkste Schmerzen

Berufsausübung und berufliche Vorgeschichte

Berufliche Tätigkeit

Wochenstunden

Davon

% sitzend

% stehend

% in Bewegung

Früher anderer Beruf?

Nein, keinen anderen Beruf ausgeübt

Ja, anderen Beruf ausgeübt

Bei „Ja“: Welchen Beruf?

Gründe für den Wechsel

Welcher Art von Sport oder Freizeitbeschäftigung gehen Sie nach?

Sport/Freizeitbeschäftigung

Wieviele Wochenstunden?

Anteilig davon

% sitzend

% stehend

% in Bewegung

% in BL oder SL*

Bitte ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Schlaf

Schlafdauer Stunden/Nacht

Haben Sie Schlafstörungen? Nein Ja

Warum wachen Sie auf?

Nachtschweißigkeit Nein Ja

Schlafstellung Rückenlage Bauch-/Seitenlage Seitenlage Bauchlage

Benutzen Sie Kopfkissen? Nein Ja

Hochgestelltes Fußteil Nein Ja

Hochgestelltes Kopfteil Nein Ja

Weitere Hilfsmittel Nein Ja

Behandelnder Arzt

Krankheitsvorgeschichte

Aktuelle oder frühere Erkrankungen	Diabetes Krebs Hepatitis HIV/AIDS Tuberkulose	Osteoporose Arteriosklerose Organstörungen Drüsenstörungen Hormonstörungen	Blutgerinnungsstörungen Neurologische Erkrankungen Psychische Erkrankungen Sonstige (bitte nennen)
---------------------------------------	---	--	---

Sonstige Erkrankungen

Schilderung

früherer Beschwerden:

(Jahreszahl, Welcher Art?
Wie lange bestanden sie?
Wie wurden sie beseitigt?)

Haben Sie als Kind/Jugendlicher/
Heranwachsender orthopädische
Hilfsmittel getragen/benutzt?

Schuheinlagen
Korsett
Spreizhose
Nein, keine Hilfsmittel

Nachtschiene/n zur Fußkorrektur
Spezialschuhe
Zahnspange
Sonstige Hilfsmittel (bitte nennen)

Sonstige Hilfsmittel

Wie lange?

Welche dieser Hilfsmittel
benutzen Sie **momentan**?

Bitte ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Augen

Benutzen Sie eine Sehhilfe?	Nein	Ja
Letzte Augenuntersuchung		
Haben Sie Sehstörungen?	Nein	Ja
Sehen Sie Doppelbilder?	Nein	Ja

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente?
Wenn ja, welche?

Beschwerden

Kopfschmerzen	Nein	Ja	Blieb eine konservative Therapie in den letzten 30 Tagen erfolglos?	Nein	Ja
Morgensteifigkeit	Nein	Ja	Übermäßiges Schwitzen	Nein	Ja
Lichtempfindlichkeit	Nein	Ja	Ödeme/Gewichtszunahme	Nein	Ja
Obstipation (Verstopfung)	Nein	Ja	Bauch-Herzklopfen (liegend)	Nein	Ja
Diarrhoe (Durchfall)	Nein	Ja	Krämpfe beim Laufen	Nein	Ja
Hämatome (blaue Flecken)	Nein	Ja	Bauchschmerzen	Nein	Ja
Gleichgewichtsprobleme	Nein	Ja	Veränderungen der Nägel	Nein	Ja
Brustschmerzen in Ruhe	Nein	Ja	Dauernde Cortisoneinnahme	Nein	Ja
Atemnot	Nein	Ja	Oft schlapp und antriebsarm	Nein	Ja
Kraftverlust/Muskelmüde	Nein	Ja			

Bitte ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Zähne

Liegen Zahnprobleme/
Zahnfehlstellungen oder
Kiefergelenksbeschwerden
bei Ihnen vor?

Behandelnder Zahnarzt

Beißschiene oben Nein Ja

Beißschiene unten Nein Ja

Beißschiene/n seit

Beißschiene Grund

Von Frauen zu beantworten

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Sind Sie in Postmenopause? Nein Ja Postmenopause seit (in Jahren)

Östrogennahme (Hormon) Nein Ja

Östrogeneinnahme (Hormon) Nein Ja

Menstruation regelmäßig Nein Ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ich wurde von dem/der Behandler/-in persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.
Ich willige in die Behandlung ein (Patientenrechtegesetz 2013)

Göttingen, den Unterschrift Patient/-in

Göttingen, den Unterschrift behandelnde/r Physiotherapeut/-in

Bitte ausfüllen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.