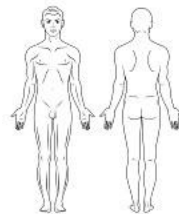


Allgemeine Fragen **Nein / Ja**

- | | | | | | |
|-----|--|-------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Jahrgang: _____ Größe: _____ cm | Gewicht: _____ kg | | | |
| 2. | Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Haben Sie Fieber? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Grund _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Nehmen Sie Medikamente? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Medikament: _____ | Grund: _____ | Seit: _____ | | |
| | Medikament: _____ | Grund: _____ | Seit: _____ | | |
| | Medikament: _____ | Grund: _____ | Seit: _____ | | |
| | Medikament: _____ | Grund: _____ | Seit: _____ | | |
| 6. | Haben Sie Erkrankungen bezüglich: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Gefäße <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Nerven <input type="checkbox"/> Krebs
Sonstige: _____ | | | | |
| 7. | Hatten Sie jemals Krebs? Genauer: _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Gab es in Ihrer Familie Fälle von: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | | | |
| 9. | Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infekten pro Jahr) | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Haben Sie in den letzten 3-6 Monaten ungewollt Gewicht verloren? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Haben Sie Bluthochdruck? (systolisch >140 mmHG oder diastolisch > 90 mmHG) _____ / _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Haben Sie oft Kopfschmerzen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Leiden Sie unter Schwindel? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen manchmal? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | Sind Sie HIV positiv? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Sind Sie Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängig? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Bestehen ernsthafte Probleme beim Gehen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Bestehen Bewegungseinschränkungen bzw. Fehlstellungen? Genauer: _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt und Ihnen mitgeteilt, dass Sie physische Leistungen nur unter ärztlicher Aufsicht tätigen dürfen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Kennens Sie einen möglichen Grund, warum Sie keine körperliche Anstrengung ausüben dürfen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Grund: _____ | | | | |

Beschwerdespezifische Fragen

- | | | | | | |
|-----|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 24. | Liegen Ihren Beschwerden ein Trauma bzw. eine Verletzung zu Grunde? | | | | |
| | Kurze Beschreibung: _____ | | | | |
| 25. | Führen Sie Ihre Beschwerden auf körperliche Belastung zurück? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Haben Sie Nachtschmerzen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Haben Sie permanent Schmerzen? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | Sind Ihre Beschwerden unabhängig von mechanischer Belastung? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | Haben Sie vermehrt Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Und zwar: <input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts | | | | |
| 31. | Treffen folgende Symptome auf Sie zu: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Kribbeln <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle
<input type="checkbox"/> Spastiken <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen | | | | |
| 32. | Bitte zeichnen Sie grob die Lokalisation und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie kurz: _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | | | | |
| | _____ | | | | |



Nur von Frauen zu beantworten

- | | | | | | |
|-----|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 33. | Sind Sie schwanger? | | | | |
| 34. | Wurden Sie gynäkologisch operiert? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | Gibt es Auffälligkeiten bezüglich Ihrer Menstruation? Und zwar: _____ | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | Sind Ihnen Störungen bezüglich Ihres Hormonhaushaltes bekannt? | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Erklärung

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

_____ Unterschrift

Ergänzungen des Physiotherapeuten

Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Therapeut