

Fragebogen für die Konsultation des/der Sek. Heilpraktiker/Heilpraktikerin für Physiotherapie

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Im Vorfeld des Treffens mit einer/einem unserer Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten mit der Zusatzqualifikation sektorale Heilpraktikerin/sektoraler Heilpraktiker für Physiotherapie bitten wir Sie, folgende Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

1. Bestehen Ihre Beschwerden länger als sechs Wochen am Stück? Ja___ Nein___
2. Sind Ihre Beschwerden
zunehmend: ___ gleichbleibend: ___ (Leicht) abnehmend: ___
3. Wo auf der folgenden Skala würden Sie Ihre Beschwerden einordnen? 0 = keine Beschwerden, 10 = die intensivsten Beschwerden, die Sie sich vorstellen können:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Haben oder hatten Sie eine onkologische (Krebs-) Erkrankung? Wenn ja, welche, und wann wurde sie diagnostiziert?

5. Wurde bei Ihnen eine Osteoporose diagnostiziert? Ja___ Nein___
6. Haben Sie bei sich eines der folgenden Symptome bemerkt:

Schwindel	Ja___ Nein___
Übelkeit	Ja___ Nein___
Sehen von Doppelbildern	Ja___ Nein___
Kopfschmerzen	Ja___ Nein___
Schluckbeschwerden	Ja___ Nein___
Taubheit der Zunge	Ja___ Nein___
Sprechstörungen	Ja___ Nein___
Wortfindungsstörungen	Ja___ Nein___
Ohnmacht/Bewusstseinsverlust	Ja___ Nein___
Taubheitsgefühle	Ja___ Nein___
Fieber	Ja___ Nein___
Störungen der Sexualfunktion	Ja___ Nein___
Allgemeines Krankheitsgefühl	Ja___ Nein___
Nächtliches Schwitzen	Ja___ Nein___
Kribbeln/Taubheit im Intimbereich	Ja___ Nein___
Schwierigkeiten Urin und/oder Stuhl zu kontrollieren	Ja___ Nein___
Ungewollter/unerklärbarer Gewichtsverlust	Ja___ Nein___
7. Haben Sie aktuell eine Infektion? Ja___ Nein___
8. Haben Sie offene Wunden? Ja___ Nein___
9. Lag ein Unfall/Trauma vor? Ja___ Nein___
10. Besteht oder bestand bei Ihnen eine Suchterkrankung? Ja___ Nein___
 Seit: _____ Substanz(en): _____

- **Bitte wenden und Rückseite ebenfalls ausfüllen** -

11. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja___ Nein___

12. Nehmen Sie kortisonhaltige Medikamente ein?

Ja___ Nein___

13. Welche Erkrankungen/Diagnosen haben Sie?

14. Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft?

15. Nehmen Sie ein Kribbeln/Taubheit/brennendes/einschlafendes Gefühl wahr? Ja___ Nein___

16. Sind Sie schwanger? Ja___ Nein___

17. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten operiert?

Ja___ Nein___

Wenn ja, welche OP`s: _____

Gibt es weitere gesundheitliche Situationen, die wir hier noch nicht abgefragt haben und die Sie uns mitteilen möchten oder sollten?

Hiermit bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht haben. Ihnen ist bewusst, dass unvollständige oder falsche Angaben die Einschätzung und Behandlung beeinflussen können.

Unterschrift Patientin/Patient

Datum