

Erstkontaktfragebogen



Sehr geehrte Patienten

Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschliessen.

Er ist die Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung und Diagnostik.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie sie zunächst aus, wir helfen Ihnen gern. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Offene Fragen werden in der Erstuntersuchung besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht, Ihre Daten werden vertraulich verwendet.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Fragebogens erklären Sie sich ebenfalls Einverstanden allfällige Behandlungs- und Materialkosten, welche nicht durch die Versicherung gedeckt sein sollten oder wenn Sie Selbstzahler sind zu übernehmen.

Vom Therapeuten auszufüllen!

Eingangsdatum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

NAME: _____ VORNAME: _____ GEB.-DATUM: _____

HOBBIES: _____

BERUF: _____ PENSUM (%): _____

1. ALTER: _____ Lj. GRÖSSE: _____ m GEWICHT: _____ kg GESCHLECHT: M W

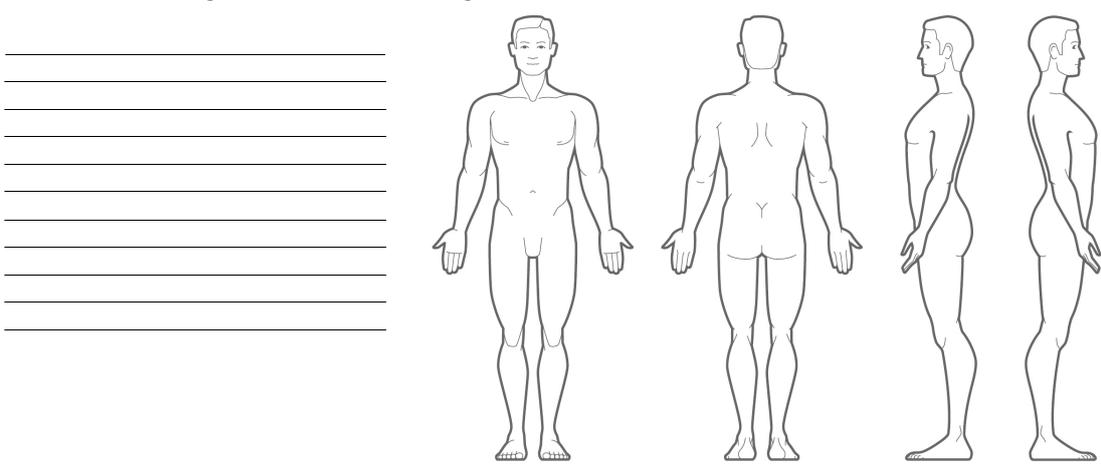
2. JA NEIN Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
 3. JA NEIN Haben Sie Fieber oder erhöhte Temperatur?
 Wenn JA, wie hoch? _____ °C und seit wann? _____

Allergien:
 Sind Sie allergisch gegen Medikamente? JA NEIN, welche? _____
 Reagieren Sie empfindlich auf Latex? JA NEIN
 Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten? _____

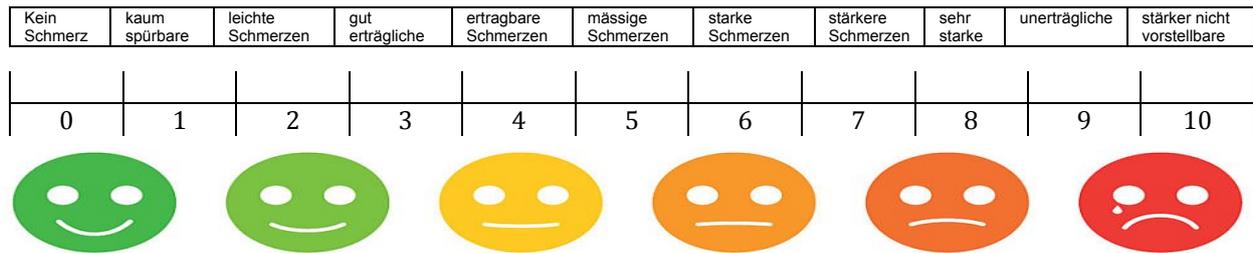
- 4. Sind Sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?**
 Hausarzt Psychiater/Psychologe Andere: _____
 Chiropraktiker Physiotherapeut
 Zahnarzt Osteopath

5. Datum und Grund der letzten Untersuchung: _____
 6. Gehen Sie zu den alters entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen? JA NEIN
 7. Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten drei Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? _____
 8. Seit wann haben Sie Ihre aktuellen Beschwerden (Hauptproblem) ? _____
 9. JA NEIN Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?
 10. JA NEIN Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde?
 Kurze Beschreibung: _____
 11. JA NEIN Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10Minuten am Tag schmerzfrei) ?
 12. JA NEIN Sind Ihre Schmerzen im Durchschnitt 5/10 und mehr auf der Schmerzskala?
 13. JA NEIN Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?
 14. JA NEIN Haben Sie auch Nachtschmerzen, wenn JA wann in der Nacht?: _____
 15. JA NEIN Sind ihre Beschwerden unabhängig von Bewegung und/oder Haltung?
 16. JA NEIN Gibt es eine Bewegung die Sie gar nicht mehr ausführen können?
 Wenn JA, welche?: _____

17. Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz



18. Bitte geben Sie auf der untenstehenden Zeichnung Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 24 Std. an



19. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

- JA NEIN Krebs. Wenn JA, welche Art? _____
- JA NEIN Herzprobleme. Wenn JA, welcher Art? _____
- JA NEIN Hoher Blutdruck (Systolisch >140mmHg, Diastolisch >90mmHg) ? _____ / _____ mmHg
- JA NEIN Kreislaufprobleme (Arteriosklerose, Gefässe, Schwindel, Bewusstseinsverlust) ?
- JA NEIN Leiden Sie unter Kopfschmerzen, wenn JA Kurzbeschreibung: _____
- JA NEIN Asthma. Wenn JA, Welche Art? _____
- JA NEIN Magengeschwüre (Innere Blutungen) ?
- JA NEIN Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen/Drogen
- JA NEIN Schilddrüsenprobleme ?
- JA NEIN Diabetes. Wenn JA, welcher Typ? _____
- JA NEIN Multiple Sklerose. Wenn JA, Datum Erstentdeckung? _____, letzter Schub? _____
- JA NEIN Rheumatoide Arthritis ?
- JA NEIN Andere entzündliche Gelenkerkrankungen ?
- JA NEIN Depressionen ?
- JA NEIN Hepatitis ?
- JA NEIN Tuberkulose ?
- JA NEIN HIV/AIDS
- JA NEIN Schlaganfall ?
- JA NEIN Nierenerkrankungen. Wenn JA, welcher Art? _____
- JA NEIN Thrombose. Wenn JA, wann und wo? _____
- JA NEIN Osteoporose ?
- JA NEIN Andere ? _____

Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt? JA NEIN

Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden? JA NEIN

Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht, verletzt oder eingeschüchtert worden? JA NEIN

20. Bitten nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe von Grund und Datum:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

21. Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen, ...) und das ungefähre Datum der Verletzung:

DATUM	VERLETZUNG	DATUM	VERLETZUNG
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

- JA NEIN Diabetes JA NEIN Krebs
- JA NEIN Herzkrankung 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)

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

	verordnet		nicht verordnet	
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Aspirin (Acetylsalicylsäure)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Dafalgan/Panadol (Paracetamol)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Irfen/Optifen (Ibuprofen)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Voltaren/Diclofen (Diclofenac)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ponstan (Mefenaminsäure)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nisulid (Nimuselid)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Naproxen (Propriensäure)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Magenschoner / Magenschutz	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tramal, Oxynorm, Targin (Opioide/Morphine)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Kortison (Corticoid/Steroid)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Vitamine/Mineralien (Nahrungsergänzung)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Andere, die Ihnen nicht verordnet wurden: _____

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

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

25. Wieviel **Kaffee** oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? _____
 26. Wieviele **Zigaretten** rauchen Sie pro Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____
 Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? _____
 27. An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie **Alkohol**? _____
 28. Wieviele Gläser Bier oder Wein o.ä. trinken Sie an diesen Tagen? _____

29. Bitte umkreisen Sie nur die derzeitigen Beschwerden, die für Sie **NEU, UNGEWÖHNLICH oder **ATYPISCH** sind:**

JA	NEIN	Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	JA	NEIN	unerklärte Hämatome (blaue Flecken)
JA	NEIN	Hautausschlag	JA	NEIN	starke Blutung
JA	NEIN	Schwindel / Ohnmacht	JA	NEIN	Atemnot
JA	NEIN	Sehstörungen (Schärfe/doppelt)	JA	NEIN	regelmässiges Husten
JA	NEIN	Hörstörungen / Tinnitus	JA	NEIN	Brustschmerz bei körperlicher Belastung
JA	NEIN	Geschmacks-/Geruchstörung	JA	NEIN	Herzrasen / Rhythmusstörungen
JA	NEIN	Kribbeln oder Taubheit	JA	NEIN	Arm-/Beinschwellung
JA	NEIN	Zittern oder Schwächegefühl	JA	NEIN	gerötete Augen
JA	NEIN	Anfallsleiden/Epilepsie	JA	NEIN	(mögliche) Schwangerschaft
JA	NEIN	Übelkeit/Erbrechen	JA	NEIN	Störungen in der Sexualfunktion
JA	NEIN	Gewichtsveränderung	JA	NEIN	Post Menopause /Wechseljahre
JA	NEIN	Schluckstörungen	JA	NEIN	Störungen beim Wasserlassen
JA	NEIN	Sodbrennen	JA	NEIN	Urininkontinenz / Verhalt
JA	NEIN	Verstopfung/Durchfall	JA	NEIN	Blut im Urin / veränderte Farbe/Geruch
JA	NEIN	Blut im Stuhl	JA	NEIN	Müdigkeit / Abgeschlagenheit
JA	NEIN	nächtliches Schwitzen	JA	NEIN	(ein-/durch-) Schlafstörungen
JA	NEIN	Gelenk-/Muskelschwellung	JA	NEIN	Stress bei der Arbeit oder zu Hause

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

 Unterschrift Patient

 Datum

Ergänzungen des Physiotherapeuten

 Unterschrift Therapeut

 Datum