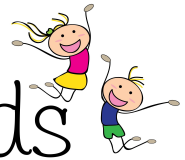


Anamnesebogen für Erwachsene

FLK-Physiokids



Physiotherapie für Kinder

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Sehr geehrte/r Patient/in

um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zu Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (z.B. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht erstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihrer Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von Jahren (vgl. §630 f Abs.3 BGB). Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.

Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Behandlungsinformationen:

Wenn Sie Ihren Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte rechtzeitig (**mindestens 24 Stunden vorher**) telefonisch – nicht per E-Mail ab.

Die private Berechnung von nicht abgesagten Terminen, sofern wir diesen nicht weiter vergeben konnten, behalten wir uns vor. Im Auftrag der Krankenkassen müssen wir für jedes Rezept eine Zuzahlung / Rezeptgebühr einnehmen, da die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten einer Heilmittelverordnung nicht komplett übernehmen.

Wir bitten Sie, die Rezeptgebühr bei Ihrer zweite Behandlung zu bezahlen, sonst kann diese nicht durchgeführt werden.

Sollten Sie von der Zuzahlungspflicht befreit sein, bringen Sie Ihre Befreiungskarte mit.

Wir möchten unsere Patienten individuell und befundgerecht behandeln und legen unseren Schwerpunkt auf die ganzheitliche Betreuung.

Ihr Praxisteam *FLK-Physiokids*

Datum: Geb. Datum:

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon privat: Telefon geschäftlich:

Handy: E-Mail:

Beruf: Hobby's:

Versicherung: **gesetzlich** **privat** **Beihilfe**

Hausarzt:

Diagnose:

Bisherige Therapie:

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Empfehlung: Telefonbuch Internet Sonstiges:

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig absagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

1. Allgemeines (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Allgemeines Unwohlsein?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Müdigkeit?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
akute Infekte?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche: <input type="text"/>
Fieber?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schwindel?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
bewegungsunabhängige Schmerzen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Nachtschmerzen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
ungewollter Gewichtsverlust?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Gang-, und Gleichgewichtsstörungen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Wieviele: <input type="text"/>
Allergien?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche: <input type="text"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche: <input type="text"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Frühere Erkrankungen, OP?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, Welche: <input type="text"/>
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, etc.)?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Leiden Sie an akuten oder chronischen Nebenerkrankungen, wie z.B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herz- & Gefäßerkrankungen, etc.?

Nein **Ja, Welche:** _____

Gibt es vom ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen, bzw. Bewegungen/ Sportarten/ Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?

Nein **Ja, Welche:** _____

2. persönliche Situation

Sind Sie im Moment in ihrem Alltag oder Bezug auf Ihre Erkrankung gestresst? **Nein** **JA**

ängstlich: **Nein** **Ja**

depressiv: **Nein** **Ja**

überfordert; **Nein** **Ja**

Aufgrund welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

Haben Sie Schmerzen? **Nein** **Ja**

ziehend **stechend** **klopfend** **reißend** **einschießend**

Haben Sie Schmerzen beim: **Husten** **Niesen** **Pressen/Schlucken?** **Nein**

Kreuzen Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an

(0 = keine, 10 unerträgliche Schmerzen) **1** **2** **3** **4** **5** **7** **8** **9** **10**

Wann treten Ihre Schmerzen auf? **Zeitabhängig** **in Ruhe** **belastungsabhängig**

Ist die Beweglichkeit verändert? **Nein** **Ja, Welche:** _____

Ist Ihre Sensibilität verändert? **Nein** **Ja** **Kribbelen** **Taubheit**

Haben Sie einen Kraftverlust? **Nein** **Ja**

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, verstärkt oder vermindert?

(bei welchen Bewegungen, Tätigkeiten, Wärme, Kälte, etc.)

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? **Nein** **Ja** **Unfall/Sturz** **Operation**

Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen(Seh-,Sprech-,Hörprobleme, Inkontinenz. etc.)?

Nein **Ja, Welche:** _____

Welche Maßnahmen zur Diagnostik/ Therapie wurde bisher durchgeführt

Röntgen **CT** **MRT** **Blutentnahme** **Physiotherapie**

Sonstiges: _____

Hatten Sie in den letzten Jahren Unfälle oder sind schwer gestürzt?

Welche Erwartungen und Ziel möchten Sie mit unserer Hilfe erreichen?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, das der Fragebogen im Rahmen meiner
Behandlungsdokumentation erstellt und EDV- gestützt gespeichert wird.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten/ gesetzlicher Vertreters