



Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Er ist Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Offene Fragen werden in der Therapie besprochen. **Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtstag

## Besteht oder bestand eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

|    |   | ja                       | nein                     |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Gicht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Rheumatische Erkrankung – wenn <b>ja</b> , welche:                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Osteoporose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Wurde bei Ihnen jemals ein multiresistenter Keim (MRSA) festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | HIV-Infektion, AIDS-Erkrankung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Hepatitis-Infektion   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Herz-Kreislaufkrankungen – wenn <b>ja</b> , welche:                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Arteriosklerose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Blutgerinnungsstörung (auch Medikamentöse Beeinflussung)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Krebserkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Neurologische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Hormonelle Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Größere Operationen – wenn <b>ja</b> , welche:                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|    |   | ja                       | nein                     |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 16 | Leiden Sie unter <b>überwiegend</b> nächtlichen Schmerzen?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Haben Sie in den letzten Wochen einen unerklärlichen Gewichtsverlust bemerkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Wurden bei Ihnen häufiger Knochenbrüche festgestellt?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Schwitzen Sie häufig nachts?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Leiden Sie unter Lähmungen, ausgeprägten Taubheitsgefühlen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Haben Sie Schwindel, Gangunsicherheit, Sturzneigung?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn <b>ja</b> , welche:               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Sonstiges   |                          |                          |

**speichern**