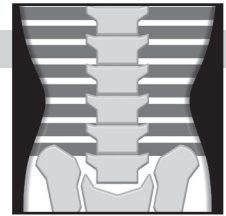


HEDWIG HUF PHYSIOTHERAPIE

GABELSBERGERSTRASSE 1 - 3 • 64711 ERBACH • TELEFON 06062-1676



Patientenfragebogen

Name & Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon Arbeitstelle: _____ Mobil: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Größe: _____ cm

Beruf: _____ Gewicht: _____ kg

Sport, Hobby: _____

Hausarzt: _____

Krankheitsvorgeschichte

Frühere Verletzungen: _____

Operationen: _____

Frühere Beschwerden: _____

Jetzige Beschwerden - Kurze Schilderung: _____

Seit wann: _____

morgens abends im Laufe des Tages immer nach Belastung in Ruhe

Auslöser: _____

Verbesserung durch: _____

Verschlechterung durch: _____

Welche Behandlung wurde bereits durchgeführt? _____

Medikamente: _____

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie? _____

Bitte kreuzen Sie auf folgender Skala an, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden:

① = keine Schmerzen ⑩ = maximale Schmerzen

Momentane Schmerzstärke: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Maximale Schmerzstärke im letzten Monat: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Das Informationsblatt zu den Behandlungszeiten und Preisen habe ich gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift