**Liebe Patientin, lieber Patient,**

damit wir in der geplanten gemeinsamen Therapie gezielt auf Ihre Beschwerden und Erwartungen eingehen können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

Parallel dazu sind wir, ebenso wie Ärzte, dazu verpflichtet, Sie gemäß Patientenrechtegesetz aufzuklären. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und unterschreiben Sie die Einwilligung am Ende des Bogens.

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  | Geburtsdatum:  |
| Krankenkasse:  |
| Berufliche Tätigkeit:  |
| Telefon:  | E-Mail:  |
| Überweisender Arzt:  |
| Ärztliche Diagnose:  |
| Mögliche Ursache:  |
| Hat der verordnende Arzt Sie über Diagnose und die beabsichtigte Therapie informiert? |
| [ ]  ja [ ]  nein  | Datum:  |

Bitte ankreuzen:

1. **Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  2 Wochen [ ]  4 Wochen | [ ]  6 Wochen [ ]  6 Monate  |
| [ ]  länger | evtl. OP-Datum:  |

1. **Welcher Art sind Ihre Beschwerden?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Bewegungseinschränkung und Schmerzen | [ ]  Entlastung |
| [ ]  Bewegungseinschränkung ohne Schmerzen | [ ]  Teilbelastung |
| [ ]  nur Schmerzen  |   |

1. **Wann treten die Beschwerden auf?**

|  |
| --- |
| [ ]  unter Belastung während der Arbeit [ ]  beim Sport [ ]  in Ruhe/nachts |

1. **Bitte versuchen Sie, die aktuelle Schmerzintensität auf der Skala mit einem Kreuz festzuhalten. (0 = keine Schmerzen 10= sehr intensiv)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0**[ ]  | **1**[ ]  | **2**[ ]  | **3**[ ]  | **4**[ ]  | **5**[ ]  | **6**[ ]  | **7**[ ]  | **8**[ ]  | **9**[ ]  | **10**[ ]  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Bitte zeichnen Sie die Schmerzzonen / den Beschwerdebereich ein.**

|  |  |
| --- | --- |
|  vorne |  hinten |
|    |  |

1. **Welche Therapien haben Sie bisher gegen Ihre Beschwerden durchgeführt?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Medikamente (Schmerzmittel ärztlich verordnet) | [ ]  Spritzen |
| [ ]  Physikalische Maßnahmen/Krankengymnastik | [ ]  Heilpraktiker |
| [ ]  Sonstiges:  |

1. **Bestehen weitere Erkrankungen?** (z.B. Osteoporose, Herzinfarkt, Tumorerkrankung, Bluthochdruck, Allergie, Herzinfarkt …)

|  |
| --- |
| [ ]  nein [ ]  ja Wenn ja, welche:  |

1. **Nehmen Sie andere Medikamente?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  nein [ ]  ja Wenn ja, welche:  |  |

1. **Bestehen durch Ihre derzeitigen Beschwerden Einschränkungen?**

|  |
| --- |
| [ ]  im Alltag [ ]  im Beruf [ ]  in der Freizeit |

1. **Folgende Behandlung ist vorgesehen**

|  |
| --- |
|   |

 |

**Komplikationen**

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkung. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten, informieren Sie umgehend Ihren Therapeuten.

**Was erwarten Sie von unserer gemeinsamen Therapie?**

|  |
| --- |
|   |

Mit diesem Anmeldebogen machen wir Sie darauf aufmerksam, dass Termine 24 Stunden vorher abgesagt werden müssen, ansonsten müssen wir Ihnen den nicht rechtzeitig abgesagten Termin in Rechnung stellen.

**Einwilligung**

Den Anmeldebogen habe ich gelesen und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte alle mich interessierenden Fragen klären.

Der vorgenannten Behandlung stimme ich zu.

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| Ort, Datum | Patient |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Therapeut |