

**Gesundheitsfragebogen**

Sehr geehrte/r Frau/Herr \_\_\_\_\_ wir freuen uns, Sie in der *Physiotherapie Praxis Glabisch* begrüßen zu dürfen. Um unsere Befundaufnahme und Therapie optimal auf Sie abzustimmen, bitten wir Sie vorab um ein paar Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sollten sich Fragen ergeben, wenden Sie sich doch gerne an das Praxisteam.

Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

---

Wie machen sich Ihre Beschwerden/Schmerzen im Alltag bemerkbar? (Skala 0-10 leicht - stark)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	akut	chronisch
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------	-----------

Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie ausgeübt?

Beruf: \_\_\_\_\_  sitzende Tätigkeit  stehende Tätigkeit  körperliche Arbeit

Haben Sie Vorerkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

- Herzkreislauf (z.B. Bluthochdruck) : \_\_\_\_\_
- Bewegungsapparat (z.B. Knie-TEP): \_\_\_\_\_
- Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes Mellitus): \_\_\_\_\_
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson): \_\_\_\_\_
- Rheumatische Erkrankungen (z.B. M. Bechterew): \_\_\_\_\_
- Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis): \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Blutverdünner o.ä.)? Wenn ja, welche?

---

Wie oft sind Sie in der Woche körperliche aktiv und wie sieht diese Aktivität aus (z.B. Fahrradfahren, Joggen, Spazieren gehen etc.)?

1-2 x pro Woche  2-3 x pro Woche  4 x oder mehr Aktivität: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal in physiotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, warum?

---

Was würden Sie gerne mit uns gemeinsam während der Therapie erreichen? (Therapieziel)

---

**Vielen Dank!**

Ihr Praxisteam Glabisch