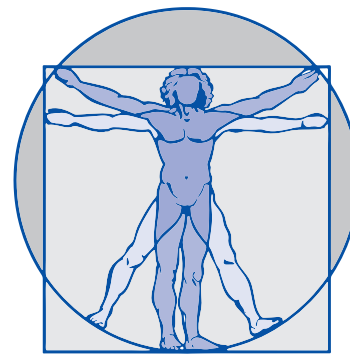


ERSTKONTAKT-FRAGEBOGEN

Um sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank.

Name: _____ Alter: _____
Beruf: _____ Hobbys: _____
Datum: _____ Unterschrift: _____



GANZHEITLICHE
PHYSIOTHERAPIE

alles geht!

ALLERGIEN:

Sind sie allergisch gegen Medikamente? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Reagieren Sie empfindlich auf Latex? Ja Nein

Andere Allergien die für die Behandlung wichtig sein könnten? _____

SIND SIE BEI EINER DER FOLGENDEN BERUFSGRUPPEN IN BEHANDLUNG?

Hausarzt Ja Nein

Osteopath Ja Nein

Psychiater oder Psychologe Ja Nein

Zahnarzt Ja Nein

Chiropraktiker Ja Nein

Andere: _____

UNTERSUCHUNGEN:

Datum der letzten Untersuchung: _____

Um welche Beschwerden ging es dabei? _____

Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen Ja Nein

ERKRANKUNGEN

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? (Falls ja bitte ankreuzen:)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Kreislaufprobleme | <input type="radio"/> Multiple Sklerose |
| <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="radio"/> Magengeschwür | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Abhängigkeit von Alkohol | <input type="radio"/> Depressionen |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="radio"/> Tuberkulose |

- Andere entzündliche Gelenkerkrankungen: _____
- Krebs (wenn ja, welche Art?) _____
- Herzprobleme (wenn ja, welche Art?) _____
- Nierenerkrankungen (wenn ja, welche Art?) _____
- Andere: _____

PRAXIS FÜR
GANZHEITLICHE
PHYSIOTHERAPIE

KIM WINKLER

AUF HART 59

71706 MARKGRÖNINGEN

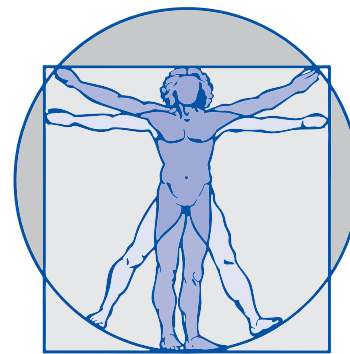
TELEFON: 07145 / 900 500

TELEFAX: 07145 / 900 501

PRAXIS@KIMWINKLER.DE

WWW.KIMWINKLER.DE

ERSTKONTAKT-FRAGEBOGEN



GANZHEITLICHE
PHYSIOTHERAPIE

alles geht!

STIMMUNG:

Haben Sie sich im letzten Monat hoffnungslos, niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? Ja Nein

Haben Sie im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden? Ja Nein

Sind Sie jemals von Ihren Partner oder einer anderen Personen bedroht verletzt oder eingeschüchtert worden? Ja Nein

OPERATIONEN UND VERLETZUNGEN:

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführte Operationen und Krankenhaus-Aufenthalte mit Grund und (ungefähr) Datum:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Bitte nennen Sie alle Verletzungen wofür die Sie behandelt werden mussten (z. Bsp. Knochenbrüche, Brandverletzungen ...) und das ungefähre Datum der Verletzungen.

Verletzung: _____ Datum: _____

Verletzung: _____ Datum: _____

Verletzung: _____ Datum: _____

Verletzung: _____ Datum: _____

Verletzung: _____ Datum: _____

Verletzung: _____ Datum: _____

PRAXIS FÜR
GANZHEITLICHE
PHYSIOTHERAPIE

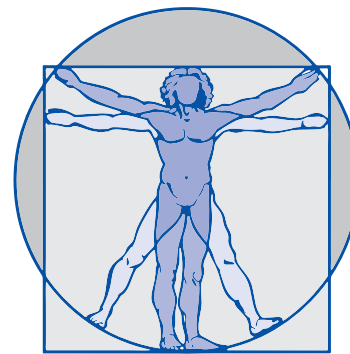
Wurde eines ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Krebs |
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Abhängigkeit von Alkohol |
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Abhängigkeit von Medikamenten |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Depressionen |
| <input type="radio"/> Entzündliche Gelenkerkrankungen
(z.B. Rheuma oder M. Bechterew) | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen. |

KIM WINKLER
AUF HART 59

71706 MARKGRÖNINGEN
TELEFON: 07145 / 900 500
TELEFAX: 07145 / 900 501
PRAXIS@KIMWINKLER.DE
WWW.KIMWINKLER.DE

ERSTKONTAKT-FRAGEBOGEN



GANZHEITLICHE
PHYSIOTHERAPIE

alles geht!

MEDIKAMENTE:

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den vergangenen Wochen eingenommen? (Bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Aspirin | <input type="radio"/> Vitamine Mineralien Nahrungsergänzungen |
| <input type="radio"/> Paracetamol | <input type="radio"/> Pflanzliche Mittel |
| <input type="radio"/> Ibuprofen, Diclofenac etc. | <input type="radio"/> Andere nicht verordnete Mittel _____ |
| <input type="radio"/> Medikamente gegen Magengeschwüre | _____ |

Bitte Listen Sie die Medikamente auf, die sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen bzw. anwenden (Tabletten, Injektionen, Medikamenten-Pflaster etc.)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

GENUSSMITTEL:

Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag? _____

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

Seit wie viel Jahren? _____

Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? _____

An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol? _____

Wie viele Gläser Bier, Wein oder ähnliches trinken Sie pro Tag? _____

AKTUELLE BESCHWERDEN

Welche Leiden haben Sie momentan, die für Sie ungewöhnlich oder atypisch sind:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Gewichtsverlust | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Müdigkeit |
| <input type="radio"/> Schwächegefühl | <input type="radio"/> Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen | <input type="radio"/> Kribbeln oder Taubheit |
| <input type="radio"/> Zittern | <input type="radio"/> Anfallsleiden, Epilepsie | <input type="radio"/> Doppelbilder sehen |
| <input type="radio"/> Verlust der Sehschärfe | <input type="radio"/> Gerötete Augen | <input type="radio"/> Hautausschlag |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Störungen in der Sexualfunktion | <input type="radio"/> Nächtliches Schwitzen |
| <input type="radio"/> Hörstörungen | <input type="radio"/> Atemnot | <input type="radio"/> starke Blutungen |
| <input type="radio"/> Regelmäßiges Husten | <input type="radio"/> Arm-, Beinschwellung | <input type="radio"/> Herzrasen |
| <input type="radio"/> Schluckbeschwerden | <input type="radio"/> Sodbrennen | <input type="radio"/> Verstopfung oder Durchfall |
| <input type="radio"/> Blut im Stuhl | <input type="radio"/> Klimakterium, Wechseljahre | <input type="radio"/> Probleme beim Wasserlassen |
| <input type="radio"/> Urininkontinenz | <input type="radio"/> Blut im Urin | <input type="radio"/> Mögliche Schwangerschaft |
| <input type="radio"/> Stress | <input type="radio"/> Gelenk-, Muskelschwellungen | <input type="radio"/> Unerklärliche Blaue Flecken |

PRAXIS FÜR
GANZHEITLICHE
PHYSIOTHERAPIE

KIM WINKLER

AUF HART 59

71706 MARKGRÖNINGEN

TELEFON: 07145 / 900 500

TELEFAX: 07145 / 900 501

PRAXIS@KIMWINKLER.DE

WWW.KIMWINKLER.DE