

## Sehr geehrte Patienten,

herzlich willkommen in unserem Rehazentrum. Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und werden unser Bestes geben, um Ihre Beschwerden zu lindern und Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Um einen reibungslosen Ablauf der Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie zu jedem Termin **pünktlich** zu erscheinen und ein **Handtuch** mitzubringen.

Sollten Sie einmal verhindert sein, bitten wir Sie, den Termin **mindestens 24 Stunden vorher telefonisch** abzusagen, damit wir diesen neu belegen können und Wartezeiten möglichst gering gehalten werden. Wir behalten uns vor, Ihnen die Kosten für einen kurzfristig abgesagten Termin in Rechnung zu stellen.

Nun bitten wir Sie, möglichst **alle auf der Rückseite befindlichen Fragen zu beantworten**. Sie dienen dazu, eine für Sie **sichere** und **effiziente Behandlung** zu gewährleisten und ist Grundlage einer genauen physiotherapeutischen Untersuchung. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, können Sie diese im Anschluss in der Einzelbehandlung mit Ihrem Therapeuten/ Ihrer Therapeutin besprechen. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der therapeutischen Schweigepflicht. **Bitte wenden Sie nun das Blatt.**

### Von den Therapeuten auszufüllen:

Rezeptdatum: \_\_\_\_\_

Arzt-Diagnose: \_\_\_\_\_

Limitierungen(Datum!): \_\_\_\_\_

Ergänzungen/klinische Tests: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Ergebnis der PT-Untersuchung:

- Therapie
- Arzt konsultieren
- Probebehandlung und Kontaktaufnahme mit Arzt

### Verlaufsdokumentation:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geschlecht: w m      Alter: \_\_\_\_ J.      Größe: \_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_ kg

1. Haben Sie zurzeit einen Infekt? ja nein

2. Sind Sie schwanger? ja nein

2. Leiden Sie unter Schwindel/Übelkeit/Erbrechen/starken Kopfschmerzen? ja nein

3. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme/stürzen Sie manchmal? ja nein

4. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

5. Kam es in den letzten 2 Wochen zu massiver Verschlechterung Ihrer Beschwerden? ja nein

6. Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis/Verletzung zugrunde? ja nein

Welches? \_\_\_\_\_

7. Haben Sie permanent Schmerzen (=keine 10min am Tag schmerzfrei)/in Ruhe/nachts? ja nein

8. Bitte geben Sie auf der Zeichnung Ihre maximale Schmerzstärke in den letzten 24Stunden an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

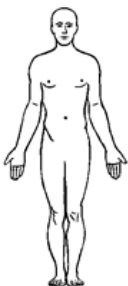


9. Kommt es zu Kraftverlust in Armen/Beinen? ja nein

10. Treffen folgende Symptome auf Sie zu:

Kribbeln  Taubheitsgefühle  Lähmungserscheinungen  Spastiken  Probleme beim Urinieren/Stuhlgang

11. Bitte zeichnen Sie grob Ort/Ausbreitung Ihrer **Beschwerden und Bewegungseinschränkungen** ein und beschreiben Sie diese kurz! \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Wurden bei Ihnen Herz-/Kreislauf-/Blutdruckprobleme festgestellt? ja nein

13. Leiden Sie unter Krankheiten? ja nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

14. Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wogegen? \_\_\_\_\_

15. Hatten Sie Knochenbrüche/OP's? Wenn ja, wann und welcher Art?: ja nein

16. Treiben Sie regelmäßig (>1x/Woche) Sport? Was? Wie oft? \_\_\_\_\_

**Ich habe alles, inklusive des Textes auf der Vorderseite des Blattes, gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet. Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift