

# Aufnahmebogen

Physiotherapie dient der Behebung von Bewegungs- und Funktionsstörungen mit dem Ziel der Schmerzlinderung und Wiedererlangung der Beweglichkeit. Dazu hat Ihr Arzt Ihnen eine spezielle Behandlung verordnet. Diese beginnt bereits mit dem Aufnahmegespräch und einer spezifischen Untersuchung durch Ihren Therapeuten. Diese Untersuchung ermöglicht es eine, dem jeweiligen Befund angemessene Technik anzuwenden und mit Ihnen ein individuelles Übungsprogramm zu erarbeiten.

Hierzu benötigen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie alle Felder nach Ihrem besten Wissen aus, falls Unklarheiten bestehen, wir helfen gern!

Herzlichen Dank!

Physiotherapie Heijns



Spezialisten in Bewegung

Physiotherapie W. Heijns

Burgfreiheit 112

41199 Mönchengladbach (Odenkirchen)

Telefon: 02166 – 603 803

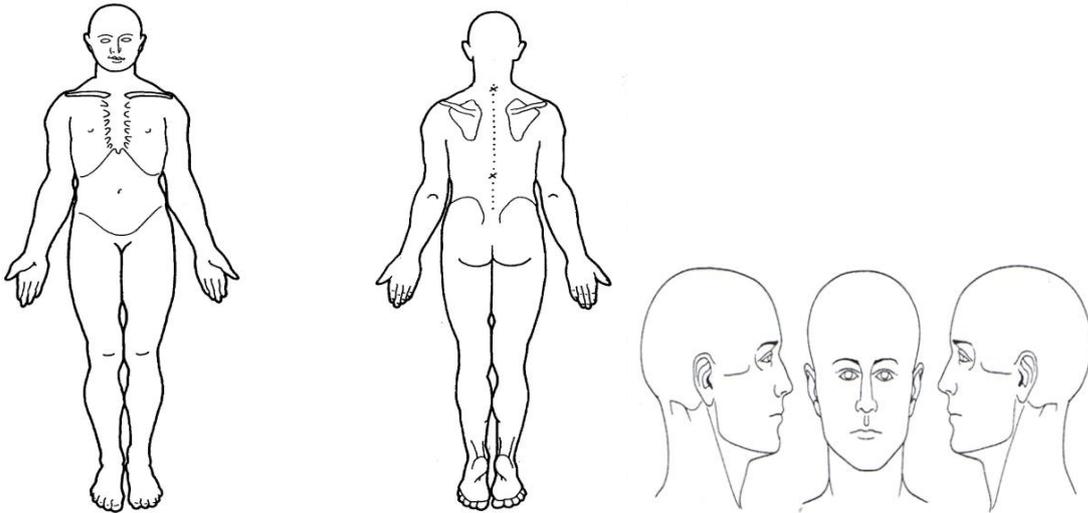
E-Mail: [info@physio-mg.de](mailto:info@physio-mg.de)

Website: [www.physio-mg.de](http://www.physio-mg.de)

<b>Vor- und Nachname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Straße/ Nummer:</b>	<b>PLZ/ Ort:</b>
<b>Telefonnummer ( Festnetz, Handy, Arbeit):</b>	
<b>Überweisender Arzt:</b>	<b>Hausarzt:</b>
<b>Name der Krankenkasse/ des Kostenträgers:</b>	
<b>Für Kassenpatienten:</b> <b>Ich bin von der gesetzlichen Zuzahlung befreit</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>(wenn ja, legen Sie uns bitte den aktuellen Befreiungsausweis vor)</b>	

**Welchen Beruf/ Hobbys/ Sport üben Sie aus?**

**Wo ist ihr Hauptproblem? Wo sind Sie im Alltag am meisten beeinträchtigt? (bitte auch einzeichnen):**



**Seit wann haben Sie Ihr Problem?**

**Gab es eine Änderung in Ihrem täglichen Ablauf (beruflich oder privat), als das Problem das erste Mal auftrat?**  nein  ja (bitte beschreiben)

**Was tun Sie selbst um Ihren Zustand zu verbessern?**

**Was macht Ihren Zustand schlimmer?**

**Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 kein Schmerz bedeutet und 10 der maximal vorstellbare Schmerz ist, wo würden Sie sich heute einstufen?**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Wann treten Ihre Beschwerden in letzter Zeit auf?**

früh morgens  vormittags  mittags  nachmittags  abends  nachts

**Wie würden Sie Ihren Schmerz beschreiben?**

dumpf  ziehend  stechend  anhaltend  plötzlich  
 einschießend

<b>Leiden Sie auch unter: Gefühlsstörungen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (welche?)
<b>Kraftverlust/Schwächegefühl</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ( wie?/wann?)
<b>Kopfschmerzen/ Schwindel/Schluckstörungen oder ähnliches (bitte beschreiben)</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Störungen der Blasen-, Mastdarmfunktion wann?_____)</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (seit
<b>Wurden schon Behandlungsversuche durchgeführt? Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn Ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Nehmen Sie Kortison? Wenn ja, wie lange?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle oder Verletzungen? Wenn ja, wann? Was wurde verletzt?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, an was und wann wurden sie operiert?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Haben Sie Schmerzen beim Husten/Niesen/Pressen/Schlucken?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Haben Sie Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Sind Sie schwanger?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen ?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Haben sie: Diabetes, Rheuma ?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

<b>Haben sie starke Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3-4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf unterbrechen?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Hatten Sie in letzter Zeit einen unerklärlichen Gewichtsverlust?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Leiden Sie an unerklärlichem Fieber? / Unwohlsein?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Leiden Sie an Osteoporose?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Hatten sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größere Ursache?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Wenn ja, wann und an welchen Knochen?</b>		
<b>Rauchen Sie?</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>Was erwarten, wünschen und erhoffen Sie Sich von der Physiotherapie?</b>		

## TERMINE

Bitte halten Sie die Terminzeiten ein, damit kein Therapieverlust für Sie entsteht.

Hiermit bestätige ich, dass ich, sofern ich einen für mich reservierten Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher** absagen muss. Unentschuldig nicht wahrgenommene Termine oder nicht rechtzeitig abgesagte Termin (< 24 Stunden) können mir privat in Höhe von mindestens 20€ in Rechnung gestellt werden.

## ZUZAHLUNG

Für gesetzlich Versicherte Patienten, sofern sie nicht befreit sind, wird eine Zuzahlung fällig. Der Betrag setzt sich aus 10% der Behandlungskosten und 10 € Heilmittelgebühr zusammen. Dieser Betrag wird von uns an die Krankenkassen abgeführt. Wenden Sie sich daher im Falle einer Rückzahlung (z. B. bei Abbruch der Behandlung) bitte an Ihre Kasse.

## DATENSCHUTZ

Alle Daten die wir von Ihnen während der Therapie erheben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich aber bereit dass therapierelevante Daten mit Ihrem behandelnden Arzt besprochen werden. Dies können Sie jederzeit schriftlich widerrufen, oder sofort diesen Passus streichen.

Zum Schluss möchten wir sie darauf hinweisen, dass Sie mit Ihrer Unterschrift der Behandlung durch unsere Therapeuten zustimmen.

Odenkirchen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten