

Fragebogen Physiotherapie

Patient/in

Herr / Frau / Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Telefon mobil

Familienstand

E-Mail

Beruf

Krankenversicherung

bei Privatpatienten: Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja nein

bei gesetzlich Versicherten: Sind Sie von der Zuzahlung befreit?

ja nein

Medikamente

Vorerkrankungen

(Bitte zutreffendes ankreuzen und unter „Erläuterungen“ Diagnose und deren Zeitpunkt angeben.)

Osteoporose

arterielle Durchblutungsstörungen

Lungenerkrankungen

Herzerkrankungen

orthopädische Erkrankungen

urologische Erkrankungen

Thrombose

gynäkologische Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Infektionskrankheiten

rheumatische Erkrankungen

Autoimmunerkrankungen

Für weibliche Patienten:

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

ja nein

Erläuterungen

Bitte beachten Sie die Folgeseite ...

Operationen (Hier bitte auch das Jahr eintragen.)

Three horizontal grey bars for entering surgical operations.

Aktuelle Beschwerden

Three horizontal grey bars for entering current complaints.

Waren oder sind Sie wegen aktueller Beschwerden in Behandlung? Wenn JA, bitte erläutern.

Three horizontal grey bars for explaining current treatment.

Grey bar for entering the date.

Datum

Grey bar for entering the signature.

Unterschrift (Erziehungsberechtigte)