

# 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

**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)