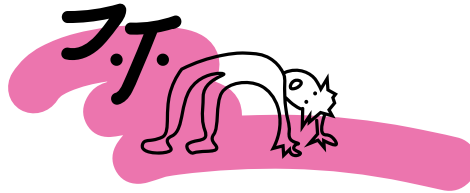


Julius Teuber
Physiotherapeut
M.Sc. Sportwissenschaften
Hardenbergstr. 62
04275 Leipzig

TRAINING & THERAPIE

Liebe Kunden,

mit Hilfe dieses Fragebogens möchten wir uns optimal auf die Zusammenarbeit mit Ihnen vorbereiten. Dazu benötigen wir Informationen zu Ihnen, Ihren Gewohnheiten und zu Ihren Beschwerden. Wir bitten Sie, alle Fragen, soweit es Ihnen möglich ist zu beantworten und wenn nötig zusätzliche Informationen zu ergänzen. Die erhobenen Daten werden im Sinne der Schweigepflicht absolut vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.



Name:

Geb. Datum:

Beruf:

Diagnose:

(falls vorhanden)

Eigenanamnese

Vorangegangene Erkrankungen:

Vorausgegangene Unfälle/Verletzungen/Operationen:

Vorausgegangene Kindserkrankungen:

Allergien:

Suchterkrankungen:

Geburten:

Nimmst du regelmäßig Medikamente? nein ja

Welche:

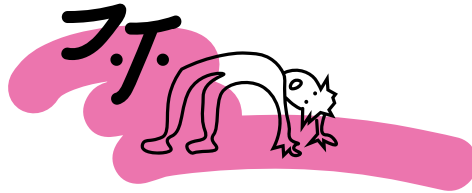
Hast du Herz-Kreislauf-Probleme oder Erkrankungen (Bluthochdruck etc.)?

nein ja

Welche:

Hast du eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|-----------------|---|--------------------------|---|
| Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Erhöhte Cholesterinwerte | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Asthma | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Migräneanfälle | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Magen/Darm | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Sonstiges: | |



Schmerzen?

Wieso bist du hier:

Wo sitzt der Schmerz:

Wie fühlen sich die Beschwerden an:

Wodurch treten die Beschwerden auf (Ruhe- oder Bewegungsschmerz):

Auslösendes Ereignis / Womit fing es an:

Seit wann hast du den Schmerz:

Was hast du bisher dagegen gemacht:

(z.B. Röntgen, CT, MRT, Spritzen, Physiotherapie, Training, Massagen, Anderes...)

Sind deine Beschwerden:

besser werdend gleich verschlechternd

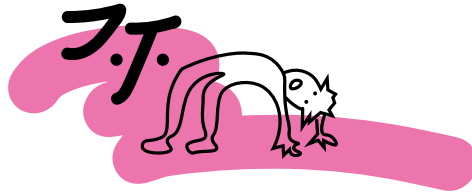
Wie störend waren deine Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?

überhaupt nicht wenig mäßig stark äußerst stark

Wie stark sind deine Schmerzen aktuell und maximal auf einer Skala von 1-10:

aktuell:

maximal:



Schmerzen?

Was macht die Schmerzen schlimmer?

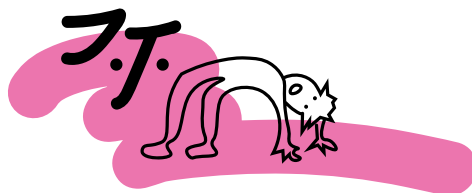
Sind die Schmerzen morgens am schlimmsten?

Werden die Schmerzen im Tagesverlauf stärker?

Strahlen deine Schmerzen in Gesäß, Beine und Füße aus?

Bereiten dir bestimmte Belastungen, Haltungen oder Bewegungen Schmerzen?

Was lindert den Schmerz?



Schlaf

Gewöhnlich:

gehe ich werktags abends gegen _____ Uhr ins Bett

stehe ich werktags gegen _____ Uhr auf

gehe ich am Wochenende abends gegen _____ Uhr ins Bett

stehe ich am Wochenende gegen _____ Uhr auf

wache ich wie folgt mitten in der Nacht auf:

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Ich bin tagsüber müde

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Mir fällt es schwer, tagsüber
lange konzentriert zu bleiben

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Beruflichen Stress/ Sorgen
habe ich

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Privaten Stress/ Sorgen habe
ich

nie selten gelegentlich oft sehr oft

Wie würdest du insgesamt deine gewöhnliche Stressbelastung beurteilen?

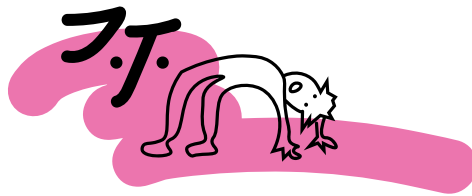


Wie würdest du insgesamt die Qualität deines Schlafes beurteilen?



Wie zufrieden bist du mit dir, wenn es um Erholung und Entspannung geht?





Gewöhnlich:

ist es nachts in meinem Schlafzimmer sehr leise

trifft zu teils/teils trifft nicht zu

werde ich nachts nicht durch Geräusche gestört

trifft zu teils/teils trifft nicht zu

ist es nachts in meinem Schlafzimmer sehr dunkel

trifft zu teils/teils trifft nicht zu

lüfte ich das Schlafzimmer vor dem Schlafen

trifft zu teils/teils trifft nicht zu

stehe ich morgens ausgeschlafen und erholt auf

trifft zu teils/teils trifft nicht zu

Gewöhnlich beträgt meine Schlafzimmertemperatur nachts...

<15° 15-18° >20°

Selbsteinschätzung

Wie schätzt du dein aktuelles Fitnesslevel ein?

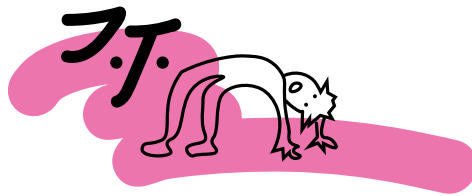


Wie schätzt du dein aktuelles Gesundheitslevel ein?



Wie schätzt du dein aktuelles psychisches Befinden ein?





Weiteres

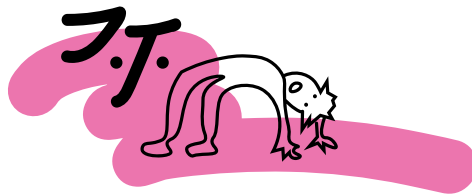
Nimmst du momentan Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?

Wie häufig pro Jahr bist du ungefähr krank (erkältet):

Wie oft treibst du in der Woche Sport?

Was für Sport treibst du?

Wie wichtig auf einer Skala von 1-10 ist es für dich schmerzfrei zu werden?



Wünsche, Vorstellungen und Selbstreflexion

Welchen klaren Nutzen soll dir eine Zusammenarbeit mit mir bringen?

Wann würdest du eine Zusammenarbeit als erfolgreich und zufriedenstellend bezeichnen?

Was sind deine Ziele?

Was würdest du gerne wieder tun wollen, wenn du schmerzfrei bist? (Aktivitäten, Hobbies, Unternehmungen etc.)

Was wünschst du dir darüber hinaus von einer Zusammenarbeit. Was wäre dir wichtig?

Wobei hast du die größten Schwierigkeiten - wobei wünschst du dir Hilfe und Unterstützung? (Größter Engpass, größten Probleme)