

## Eingangsfragebogen

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Name / Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### Anamnestische Fragen:

Welchen Beruf üben Sie aus?

\_\_\_\_\_

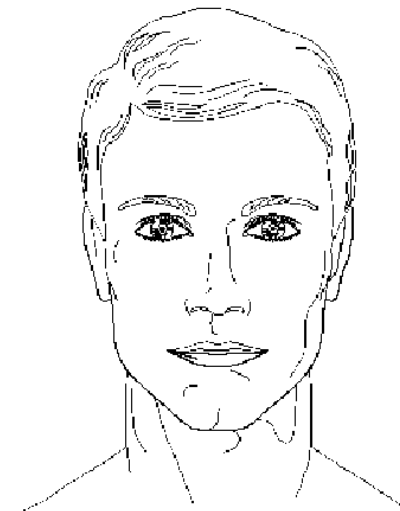
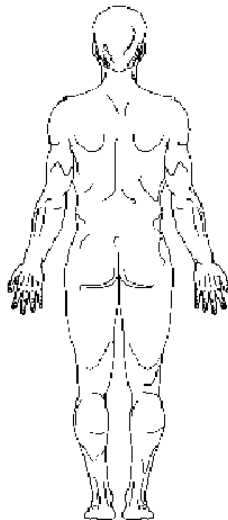
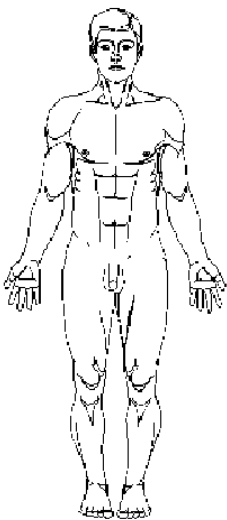
Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen?

Ca. \_\_\_\_\_ Stunden/ Prozent (nicht zutreffendes streichen)

Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen? Wenn ja, wie viel kg?

ja, ca. \_\_\_\_\_ kg       Nein

Wo haben Sie aktuell Ihre Probleme (Bitte einzeichnen):



Was sind Ihre Hauptbeschwerden? Seit wann?

\_\_\_\_\_

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

\_\_\_\_\_



Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

Ja

Nein

Leiden Sie unter (bitte einkreisen)?

Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle, Schluckstörungen

Nein

Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?

Ja, im Bereich \_\_\_\_\_

Nein

Leiden Sie an einer Herzerkrankung?

Bluthochdruck

Koronare Herzkrankheit

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Diabetes mellitus?

Ja

Nein

Nehmen Sie momentan Medikamente?

Marcumar (Blutverdünnung)

Beta-Blocker

Schmerzmittel (Produktname): \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Einnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion /Tuberkulose etc.?) Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Leiden Sie an Osteoporose?

Ja

Nein

Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert?

Ja

Nein

Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz?

Ja       Nein

Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen?

Ja       Nein

Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke?

Ja       Nein

Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die min. 30 Minuten andauern und dabei unüberwindbar bleiben?

Ja       Nein

Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3-4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören?

Ja       Nein

Haben/Hatten Sie einen Schlaganfall/Aneurysma/Thrombose?

Ja \_\_\_\_\_  Nein

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

\_\_\_\_\_

**Die Fragen zur Krankengeschichte und Risikofaktoren habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Eine Haftung der Praxis Rudolf Gorjup GmbH oder ihrer Mitarbeiter aufgrund lückenhafter Angabe oder deren Folgen wird hiermit ausgeschlossen.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Vertreter: \_\_\_\_\_