Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Der vorliegende Fragebogen dient als Ergänzung zum Erstgespräch mit Ihrem/Ihrer Therapeuten/in. Er gibt erste Hinweise darauf, ob Ihre Beschwerden physiotherapeutisch sinnvoll zu beeinflussen sind oder ob, begleitend oder vorab, eine genauere medizinische Abklärung notwendig erscheint.

Hierfür werden sowohl Informationen zu Ihrem Gesundheitsproblem als auch zu Ihrer allgemeinen Gesundheit benötigt.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Offene Fragen werden in der Therapie besprochen.

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Vom Fachpersonal auszufüllen!

Eingangsdatum: _____

Erster Behandlungstermin: _____

Dieser Fragebogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich Fachpersonal als Hilfsmittel im Screening Prozess. Die Benutzung erfolgt ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.Datum:**_____

Gesundheitliches Hauptproblem

1 Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:

_____

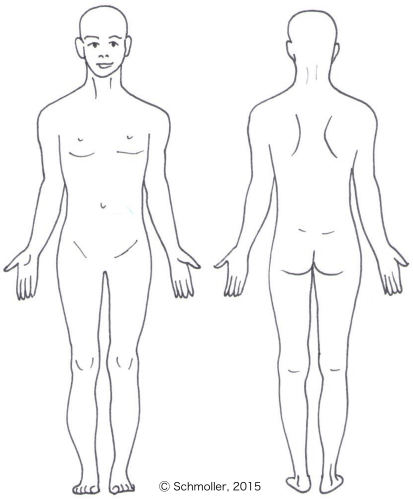
_____

_____

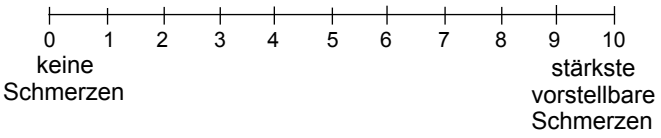
_____

_____

_____



2 Bitte geben Sie auf der nebenstehenden Skala Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden an.



	Ja	Nein	
3	☐	☐	Treffen folgende Symptome auf Sie zu? ☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühle ☐ Lähmungserscheinungen ☐ Spastiken
4			Seit wann haben Sie die Beschwerden: _____
5	☐	☐	Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?
6	☐	☐	Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde? Kurze Beschreibung: _____
7	☐	☐	Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?
8	☐	☐	Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?
9	☐	☐	Haben Sie Nachtschmerzen?
10	☐	☐	Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?
11	☐	☐	Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten? Welche? _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

12			Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Geschlecht: _____
13	☐	☐	Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?
14	☐	☐	Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
15	☐	☐	Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)
16	☐	☐	Leiden Sie unter Sehstörungen, Sprechstörungen oder Schluckstörungen?
17	☐	☐	Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder einen ungewöhnlichen Husten?
18	☐	☐	Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?
19	☐	☐	Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?
20	☐	☐	Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
21	☐	☐	Leiden Sie unter folgenden Symptomen? ☐ Schwindel ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen
22	☐	☐	Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?
23	☐	☐	Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: _____

_____

Albrecht, C; Beyerlein, C.; Honnens, U; Isendahl, M.; Korte, H.; Münzing, C; Oberneder, J.; Scheliga, B.; Schwarz, S.; Spöckmaier, P.; Vendt, M.; Vielitz, A.; Zoremba, R.

Ja	Nein	

(Vor-) Erkrankungen

24 ☐ ☐ Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?

25 ☐ ☐ Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?

26 ☐ ☐ Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?

27 ☐ ☐ Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:

☐ Diabetes ☐ Osteoporose ☐ Tuberkulose ☐ Störung der Schilddrüse

☐ Krebs ☐ Arteriosklerose ☐ Organstörungen ☐ Blutgerinnungsstörungen

☐ Hepatitis ☐ HIV / AIDS ☐ Hormonstörungen ☐ neurologische Erkrankungen

☐ Sonstige: _____

28 ☐ ☐ Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?

Grund der Einnahme	Medikament / Präparat	Seit

29 ☐ ☐ Haben Sie über längere Zeit Kortison eingenommen?

30 ☐ ☐ Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?

31 ☐ ☐ Konsumieren Sie Alkohol, Tabak oder Koffein? Sonstiges?

32 ☐ ☐ Sind bei Ihnen Veränderungen des Blutdrucks bekannt?

33 ☐ ☐ Bemerken Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst?

34 ☐ ☐ Haben Sie Veränderungen bei der Kontrolle von Blase und/oder Darm festgestellt?

35 ☐ ☐ Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen?

36 ☐ ☐ Gab es in Ihrer Familie Fälle von:

☐ Krebs ☐ Osteoporose

☐ Herzerkrankungen ☐ Schlaganfall ☐ Bluterkrankungen

Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten?

Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

_____

Unterschrift

Ergänzungen des/der Physiotherapeut/in

Weiteres Vorgehen:

☐ Therapie

☐ Therapie und zusätzliche ärztliche Abklärung

☐ Ärztliche Abklärung

Zeichen oder Symptome, die einer weiteren Abklärung bedürfen:

Mit der Unterschrift bestätigen Patient/in und Therapeut/in dass der Fragebogen, alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

Datum	Unterschrift, Patient/in	Unterschrift, Therapeut/in

Dieser Screeningbogen wurde von der ZipT AG Direktzugang erstellt und ist urheberrrechtlich geschützt. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig. Jede kommerzielle Verwertung ist ohne Zustimmung der Urheber unzulässig, insbesondere die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung. Das gilt auch für die Entnahme einzelner Abbildungen und bei auszugsweiser Verwendung des Textes.
Herausgeber ZipT AG Direktzugang, Version SCR 3.6 (Stand 17.05.2022)