



Jan Eßwein

Privatpraxis für ganzheitliche Physiotherapie

AUFNAHMEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir stellen Ihnen in diesem Dokument detaillierte Fragen in Bezug auf Ihr Beschwerdebild. Unsere langjährige Erfahrung hat gezeigt, dass wir nur mit einer gründlichen Analyse Ihrer Beschwerden das bestmögliche Behandlungsergebnis erreichen. Nehmen Sie sich bitte diese 15-20 Minuten Zeit und beantworten Sie die Fragen so gut Sie können. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung! Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Name: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Sport/Übungen pro Woche, wie lange: _____

Hobbys: _____

Ausfüllhinweise:

1. Laden Sie das PDF herunter auf Ihren Computer und sicher Sie es. In diesem PDF können Sie Auswahlfelder anklicken (☐) und Angaben in die Felder () direkt am Computer eintippen/eintragen.
2. Sichern Sie das PDF, wenn Sie mit den Eintragungen fertig sind. Sie können das PDF jederzeit erneut öffnen, können es korrigieren und ergänzen, bevor Sie es an uns zurücksenden.

Sie haben zwei Möglichkeiten das ausgefüllte PDF an uns zurückzuschicken:

- a. Laden Sie das am Computer ausgefüllte PDF unter www.esswein-physiotherapie/kontakt auf unserer Website hoch. Durch SSL-Verschlüsselung werden Ihre Daten sicher übermittelt.

ODER:

- b. Drucken Sie den gesamten Aufnahmebogen aus, tragen Sie Ihre Antworten händisch ein und schicken uns dann die Unterlagen einfach postalisch zu, an: Privatpraxis für ganzheitliche Physiotherapie Jan Eßwein, Bahnhofstraße 34, D-82152 Planegg.

⚠ Wir bitten Sie aus Datenschutzgründen dringend von einem Versand des Fragebogen per E-Mail abzusehen!

Hatten Sie jemals Erkrankungen oder Störungen an einem der folgenden Organsysteme? Beim Feld „Weiterführende Angaben...“ können Sie diese genauer beschreiben. Hinweis: Angaben zu Operationen können Sie bei der nächsten Frage aufführen!

Bewegungssystem: Osteoporose, Knochenbruch, Bandscheibenvorfall, Arthrose, Verletzungen der Muskulatur, Bänder- oder Sehnenverletzung, Bänder- oder Sehnenentzündung, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Infektionskrankheiten: Hepatitis, HIV, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Herz-Kreislaufsystem: Herzinfarkt, Bypass-OP, Venenleiden, PAVK, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Atmungssystem: Asthma, COPD, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Nervensystem: Lähmung, Schlaganfall, Multiple Sklerose, M. Parkinson, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Verdauungstrakt: Sodbrennen, Gastritis, Reizdarm, Unverträglichkeiten, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Urogenitalbereich: Niere, Harnleiter, Blase, Uterus, Prostata, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Stoffwechselstörungen: Diabetes, Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion, Allergien, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Psyche: beruflicher Stress, familiäre Belastung, Depression, Angststörung, Andere
Weiterführende Angaben zu oben genannten Optionen:

Hatten Sie Unfälle, Operationen und/oder Verletzungen? Bitte Art der Operation eintragen:	Wann war die Operation/Verletzung:
	TT / MM / JJJJ
	TT / MM / JJJJ
	TT / MM / JJJJ
	TT / MM / JJJJ
	TT / MM / JJJJ

Zur ersten Verortung Ihrer Schmerzbereiche klicken Sie bitte die entsprechenden Auswahlkästchen im Körperschema an. Tragen Sie dann maximal vier vorrangige Schmerzbereiche in die Tabelle rechts als S1, S2, S3 und S4 ein. Jeder Schmerzbereich kann im späteren Verlauf des Aufnahmebogens ausführlicher von Ihnen beschrieben werden (z. B. S1: „Nacken links, ausstrahlend in Schulter/Oberarm links“ oder S2: „unterer Rücken mittig an der Wirbelsäule“).

Vorderseite:	Rückseite:	Benennung Schmerz 1 = S1:
		Benennung Schmerz 2 = S2:
		Benennung Schmerz 3 = S3:
		Benennung Schmerz 4 = S4:

Geben Sie die Schmerzstärke an, auf einer Skala von 0-10 (0 = kein Schmerz/10 = stärkster vorstellbarer Schmerz):	S1	S2	S3	S4
Schmerz(en) in den letzten 24 Stunden				
durchschnittlicher Schmerz im vergangenen Monat				
stärkster Schmerz im vergangenen Monat				
Welche Schmerzstärke wäre für Sie erträglich?				

Kreuzen Sie mit „x“ zutreffende Schmerzbeschreibungen an:	S1	S2	S3	S4
punktuell				
ausstrahlend				
tief				
oberflächlich				
schneidend				
ziehend				
stechend				
heiß				
pochend				

Kreuzen Sie mit „x“ zutreffende Schmerzbeschreibungen an:	S1	S2	S3	S4
brennend				
drückend				
elektrisch				
kribbelnd				
einschießend				
dauerhaft				
momentan				
krampfartig				
unerträglich				

Welche Begleitbeschwerden haben Sie?

a.) Verspannungen, wenn ja wo:

b.) Eingeschränkte Beweglichkeit, wenn ja, wo:

c.) Weitere Begleitbeschwerden:

- | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> appetitlos | <input type="checkbox"/> verdauungsgestört | <input type="checkbox"/> unkonzentriert | <input type="checkbox"/> gereizt | <input type="checkbox"/> abgeschlagen |
| <input type="checkbox"/> übel/erbrechen | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> erschöpft | <input type="checkbox"/> depressiv |
| <input type="checkbox"/> verstopft | <input type="checkbox"/> schwach | <input type="checkbox"/> sorgenvoll | <input type="checkbox"/> schlaflos | <input type="checkbox"/> atemlos |

d.) Sonstige:

Seit wann bestehen die Beschwerden? Bitte kreuzen Sie an:	S1	S2	S3	S4
weniger als 1 Monat				
1–6 Monate				
6–12 Monate				
1–2 Jahre				
2–5 Jahre				
länger als 5 Jahre				
Können Sie ein Datum angeben? (TT/MM/JJJJ)				

Häufigkeit, bitte kreuzen Sie an:	S1	S2	S3	S4
wenige Male/Jahr				
wenige Male/Monat				
mehrmals pro Woche				
einmal pro Tag				
mehrmals pro Tag				
permanent				

Wann am Tag haben sie die Beschwerden, bitte kreuzen Sie an:	S1	S2	S3	S4
eher vormittags				
eher mittags				
eher abends				
eher in Ruhe				
eher in Bewegung				

Nennen Sie mögliche Ursachen/Auslöser für Ihre Beschwerden:

S1	S2	S3	S4

Durch welche Bewegungen/Aktivitäten verschlimmern sich Ihre Beschwerden (z. B. sitzen am Schreibtisch, gehen, stehen, tragen, bücken, bestimmte Hobbys/Sportarten etc.)?

S1	S2	S3	S4

Wodurch können Sie Ihre Beschwerden lindern oder beeinflussen (z. B. durch Übungen, entlastende Positionen, Medikamente, Wärme oder Kälte etc.)?

S1	S2	S3	S4

Wie stark ist aktuell Ihre Einschränkung im Alltag auf einer Skala von 0-10? (0 = keine Einschränkung/ 10 = maximale Einschränkung):

Zahl hier eintragen:

Berufsleben	
Hausarbeit	
Freizeit/Sportliche Aktivitäten	
Soziales/Familiäres Leben	
Versorgung	
Konzentration	
Stimmung/Laune	
Lebensqualität allgemein	

Wie stark ist aktuell Ihre Bewegung und Aktivität im Alltag eingeschränkt? (0 = keine Einschränkung/ 10 = maximale Einschränkung):

Zahl hier eintragen:

beim Stehen	
beim Sitzen	
beim Gehen	
beim Heben	
eigene Angabe:	

Durch wen wurden Sie wegen Ihrer Beschwerden bisher behandelt?

Art der Behandlung?

Wie erfolgreich war die Behandlung?

Hausarzt:		
Facharzt:		
Physiotherapeut:		
Heilpraktiker:		
Andere:		

Welche Medikamente haben Sie in den letzten 4 Wochen eingenommen oder keine:

Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/> Aspirin, <input type="checkbox"/> Paracetamol, <input type="checkbox"/> Novalgin, <input type="checkbox"/> Tilidin, <input type="checkbox"/> Tramal, <input type="checkbox"/> Andere:
Entzündungshemmer:	<input type="checkbox"/> Voltaren, <input type="checkbox"/> Diclofenac, <input type="checkbox"/> Ibuprofen, <input type="checkbox"/> Arcoxia, <input type="checkbox"/> Andere:
Muskelrelaxantien:	<input type="checkbox"/> Tavor, <input type="checkbox"/> Diazepam, <input type="checkbox"/> Lorazepam, <input type="checkbox"/> Andere:
Blutdruck:	<input type="checkbox"/> Lasix, <input type="checkbox"/> Diuretikum, <input type="checkbox"/> Verla, <input type="checkbox"/> Andere:
Psychopharmaka:	
Schilddrüse:	
Andere:	

Nennen Sie Ihre Ziele für die Behandlung. Seien Sie möglichst spezifisch. Woran merken Sie, dass die Behandlung erfolgreich war? Möchten Sie z. B. schmerzfrei, sicherer, kräftiger etc. sein? Welche Aktivitäten können Sie dann wieder ausführen...? Was ist dann besser?

Absageregulung/Stornierung von Terminen. Um Ihnen pünktliche und ungestörte Behandlungen mit der vollen Aufmerksamkeit Ihres persönlichen Therapeuten zu ermöglichen, reservieren wir die jeweiligen Behandlungstermine exklusiv für Sie. Jeder verschobene oder nicht wahrgenommene Termin bringt Ihren persönlichen Therapeuten in Schwierigkeiten. Daher bitten wir Sie, einmal vereinbarte Behandlungstermine nur im Notfall zu verschieben. Sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, muss dieser **spätestens 48 Stunden** bezogen auf Werktage abgesagt werden. (Beispiel: Eine Absage für Montag 18 Uhr muss bis zum vorangegangenen Donnerstag 18 Uhr erfolgen). **Nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden privat in Rechnung gestellt – unabhängig vom Grund der Absage, auch im Krankheitsfall.** Die obenstehende Absageregulung habe ich durch meine Unterschrift verstanden und zur Kenntnis genommen.

Datenschutzerklärung. Ich willige ein, dass die Privatpraxis für ganzheitliche Physiotherapie Jan Eßwein meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Anschrift, Gesundheitsdaten) zu verschiedenen Zwecken speichert und verarbeitet: Um gesundheitsbezogene Aufgaben zu erfüllen, wie die Behandlung und Dokumentation der Behandlung oder die Abrechnung der erbrachten Leistungen. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zur Abstimmung der therapeutischen Vorgehens erforderlich ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Dem Kunden stehen alle Betroffenenrechte der Art. 15 ff. DSGVO zu. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier www.esswein-physiotherapie.de/datenschutz.

Ort

Unterschrift Patient/Patientin

Falls Sie technisch versiert sind, fügen Sie hier Ihre digitale Unterschrift ein. Bitte beachten Sie, dass das Dokument nach dem Einfügen der Unterschrift nicht mehr bearbeitet werden kann! **Alternativ:** Drucken Sie das Dokument aus, füllen Sie es aus und unterschreiben es per Hand. Falls beides für Sie nicht möglich ist, laden Sie den Aufnahmebogen **ohne Unterschrift** unter www.esswein-physiotherapie.de/kontakt hoch. Sie können den Aufnahmebogen dann bei Ihrem nächsten Praxisbesuch nachträglich unterschreiben!

Datum