

Gesundheitsbogen

Allgemeiner Überblick

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datum:

Herz-Kreislaufkrankung

Herzerkrankung/ sonstige Herzbeschwerden bekannt?

Wenn ja, welche:

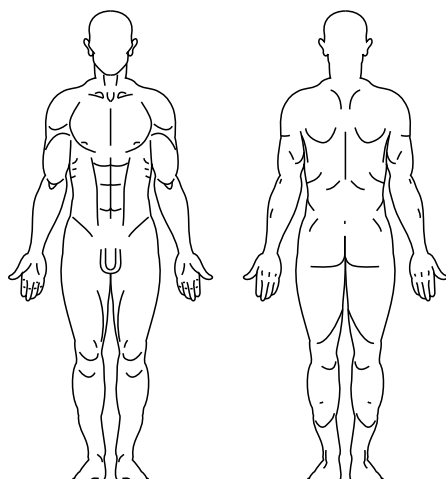
Hatten Sie eine Herz-OP?

Wenn ja, welche/wann:

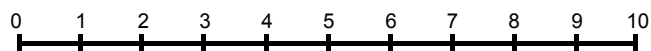
Blutdruck :	zu hoch	zu niedrig
Medikamente - gut eingestellt?	ja	nein
Schwankungen?	ja	nein

Bewegungsapparat

Bitte zeichnen Sie Ihre Hauptbeschwerden ein:



Bitte tragen Sie Ihr Schmerzempfinden ein:



Kein
schmerz

Stärkste
vorstellbare
Schmerzen

Beschwerden der Extremitäten / Wirbelsäule? ja nein

Wenn ja, welche:

Arthrose/ Arthritis/ Rheumatische Erkrankungen? ja nein
Hüfte Knie Wirbelsäule Sonstige:

Operation?

Wenn ja, welche/wann:

Osteoporose? ja nein ja, mit Knochenbrüchen
Schmerzen? ja nein

Andere Erkrankungen

Diabetes bekannt? ja nein
Medikamentös eingestellt? ja nein ja, mit Krisen behaftet

Atemwegserkrankungen bekannt? ja nein
Wenn ja, welche:

Medikamentös eingestellt? ja nein

Neurologische Erkrankungen? ja nein

Art der Erkrankung:
(z. B. Schlaganfall, Epilepsie, Parkinson etc.)

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Hatten Sie eine größere Operation? ja nein
Art der Operation:

Leiden Sie an einer hier nicht erwähnten Erkrankung? ja nein
Art der Erkrankung:

Benutzen Sie Hilfsmittel im Alltag? ja nein
Art der Hilfsmittel:
(z.B. Rollator, Handstock etc.)

Allgemeine Fragen

Berufliche Tätigkeit:

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein
Art der sportlichen Aktivität:

Welches Ziel möchten Sie mit uns erreichen?

Unterschrift Therapeut: _____

Ich habe den Gesundheitsbogen gelesen und bearbeitet.

* Patientenbesprechung