

# Gesundheitsbogen

## Allgemeiner Überblick

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Datum:**

### Herz-Kreislaferkrankung

**Herzerkrankung/ sonstige Herzbeschwerden bekannt?**

Wenn ja, welche:

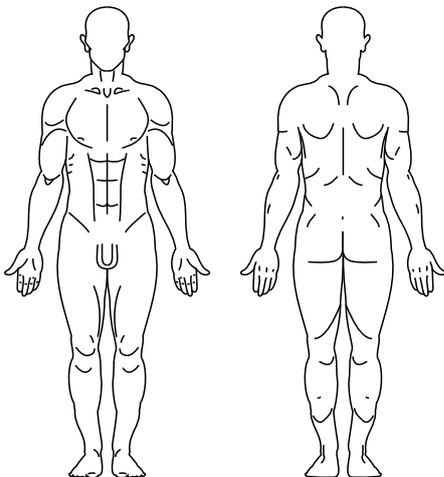
**Hatten Sie eine Herz-OP?**

Wenn ja, welche/wann:

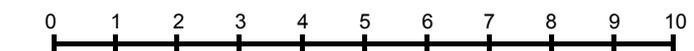
<b>Blutdruck :</b>	zu hoch	zu niedrig
Medikamente - gut eingestellt?	ja	nein
Schwankungen?	ja	nein

### 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/in: \_\_\_\_\_

Ich habe den Gesundheitsbogen gelesen und bearbeitet.

\* Patientenbesprechung