



Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um Ihnen bestmöglich bei der Verbesserung Ihrer Beschwerden zu helfen, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Dieser Fragebogen dient dazu, ein klares Bild von Ihrem aktuellen Zustand, Ihren Schmerzen und den Auswirkungen auf Ihren Alltag zu bekommen.

Warum dieser Fragebogen wichtig ist:

1. **Schmerzerfassung:** Der Fragebogen hilft uns, Ihre Schmerzintensität und -art zu erfassen. So können wir gezielt herausfinden, wo und wie stark Sie Schmerzen haben und wie diese Ihr tägliches Leben beeinflussen.
2. **Alltagseinschränkungen:** Wir möchten verstehen, welche Aktivitäten für Sie schwierig oder schmerzhaft sind – sei es beim Gehen, Arbeiten, Sport oder bei alltäglichen Aufgaben wie dem Treppensteigen oder Ankleiden. Das gibt uns Aufschluss darüber, wie wir Ihre Lebensqualität verbessern können.
3. **Ziele definieren:** Jeder Mensch hat unterschiedliche Ziele, wenn es um die Physiotherapie geht. Ob es darum geht, Schmerzen zu lindern, die Beweglichkeit zu steigern oder einfach die Rückkehr zu gewohnten Aktivitäten zu ermöglichen – dieser Fragebogen hilft uns dabei, Ihre individuellen Ziele zu verstehen.

Wie dieser Fragebogen hilft, Ihr Ziel zu erreichen:

Indem wir gemeinsam mit Ihnen herausfinden, welche Bereiche Ihres Lebens derzeit durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt werden, können wir die Therapie ganz auf Ihre Bedürfnisse abstimmen. Unser Ziel ist es, eine Behandlung zu entwickeln, die nicht nur Ihre Schmerzen lindert, sondern Ihnen auch hilft, Ihre Ziele zu erreichen und Ihre Lebensqualität zu verbessern.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, den Fragebogen ehrlich und gründlich auszufüllen. Je genauer wir Ihre Situation verstehen, desto besser können wir Sie unterstützen und eine maßgeschneiderte Therapie für Sie entwickeln.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir freuen uns darauf, Sie in der Physiotherapie zu begleiten und gemeinsam an Ihrer Genesung zu arbeiten.

Ihr Team von PHYSIOTHERAPIE Budenheim





Datum:

Patient*in:

geb.am: Diagnose Code | Diagnose:

Datum OP/Unfall-Ereignis:

Betroffene Seite: links rechts beide; davon die dominante Seite:

A. Allgemeine Informationen

1. Haben Sie aktuell Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen?

Ja Nein

2. Wenn ja, wo befinden sich die Schmerzen? (bitte genau angeben):

.....
.....

3. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Weniger als 1 Woche 1-2 Wochen 1-3 Monate Mehr als 3 Monate

4. Hatten Sie in der Vergangenheit ähnliche Beschwerden?

Ja Nein

5. Was hilft Ihnen, um die Schmerzen positiv zu beeinflussen:

.....

B. Schmerzintensität und -art

Bitte bewerten Sie Ihre Schmerzen mit einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der schlimmste vorstellbare Schmerz ist.

1. Aktuelle Schmerzintensität (jetzt): __/10 in Ruhe und __/10 bei Belastung

2. Durchschnittlicher Schmerz in den letzten 7 Tagen: __/10

3. Schmerzart (mehrfach auswählbar):

Stechend Dumpf Brennend Zuckend Andere:



C. Auswirkungen auf den Alltag

1. Welche Aktivitäten fallen Ihnen aufgrund der Beschwerden schwer? (mehrere Antworten möglich)

- Gehen Treppensteigen Sitzen Stehen Schlafen Arbeiten
- Autofahren Sportliche Aktivitäten Hausarbeit (z. B. Staubsaugen, Einkaufen)
- Andere:

2. Können Sie alltägliche Aufgaben wie Ankleiden, Zähneputzen oder Duschen ohne Unterstützung durchführen?

- Ja, problemlos Ja, aber mit Einschränkungen Nein, ich benötige Unterstützung

3. Haben die Beschwerden Auswirkungen auf Ihre Stimmung oder Ihr allgemeines Wohlbefinden?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese:

.....

D. Frühere Behandlungen und Medikation

1. Haben Sie bereits andere Behandlungen (Physiotherapie, Medikamente, Injektionen, Chirurgie) für diese Beschwerden erhalten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

2. Nehmen Sie derzeit Medikamente zur Schmerzlinderung?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

3. Gab oder gibt es Übungen, die Ihnen geholfen haben oder weiterhin helfen?:

.....



E. Funktionelle Bewegungsfähigkeit

Bewerten Sie bitte, wie gut Sie folgende Aktivitäten aufgrund Ihrer Beschwerden ausführen können:

Skala 1 bis 5: 1 = keine Probleme ... 5 = große Einschränkungen

1. Gehen: 1 2 3 4 5

2. Heben von Gegenständen: 1 2 3 4 5

3. Bücken und sich Beugen: 1 2 3 4 5

4. Treppen steigen: 1 2 3 4 5

5. Sportliche Aktivitäten o. Übungen: 1 2 3 4 5

6. Welche sportlichen Aktivitäten führen Sie generell aus (Mehrfachnennungen möglich)

.....

7. Wie oft in der Woche kommen Sie zu einer sportlichen Aktivität:

max. 1x/Wo regelmäßig 2x/Wo 2-3x/Wo mehr als 3x/Wo

F. Zielsetzung für die Physiotherapie

1. Was sind Ihre Hauptziele für die Physiotherapie? (Mehrere Antworten möglich):

- Schmerzlinderung
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Verbesserung der Kraft
- Rückkehr zu sportlichen Aktivitäten
- Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten ohne Einschränkungen
- Sonstiges:

2. Wie hoch ist Ihre Motivation, dabei aktiv mitzuarbeiten: __/10

3. Und was benötigen Sie hierfür von uns:

.....

.....

Sonstige Bemerkungen:

.....

.....