

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Status	Datum



PhysioRehaMed Konstanz

Inh. Richard Hageleit

Wollmatinger Str. 22 - D-78467 Konstanz

Telefon: +49 (0) 75 31 / 69 73 250

E-Mail:

Kontakt@physiorehamed.ch

Patientenfrage Bogen zu

Anmeldung, Seite 2. Ende

Fragebogen zur gesundheitlichen Situation und Vorgeschichte PT B

A

Persönliche Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon (tagsüber)	Fax	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Körpergröße (in cm)	Gewicht (in kg)	Berufliche Situation
<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	

B

Aktuelle Gesundheitssituation

Aktuelle Beschwerden am Bewegungsapparat

Welche Therapien wurden in den letzten 12 Monaten aufgrund der aktuellen Beschwerden am Bewegungsapparat durchgeführt?

Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	<input type="text"/>
Physikalische Therapie (z. B. Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	<input type="text"/>
Operationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	<input type="text"/>
Sonstige Therapien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	<input type="text"/>
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	<input type="text"/>
Fühlen Sie sich normal leistungsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	<input type="text"/>
Können Sie im Alltag Ihre Aufgaben uneingeschränkt ausführen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	<input type="text"/>
Schlafen Sie gut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	<input type="text"/>

Gesamte Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate aufgrund von Beschwerden am Bewegungsapparat Keine Bis zu 1 Woche Bis zu 6 Wochen Mehr als 6 Wochen

Begleiterkrankungen	Seit wann	Welche
<input type="checkbox"/> Kiefer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rücken/ Wirbelsäule	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lähmungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schwindel/Übelkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C

Unterschrift Patient

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift