

SELBSTAUSKUNFTSBOGEN ZUR ERGOTHERAPIE

Sehr geehrte/-r Patient/-in,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank!

Vorname,Name: _____ Geb.Datum: _____

Wie erreichen wir Sie am besten?

Mobilnummer: * _____

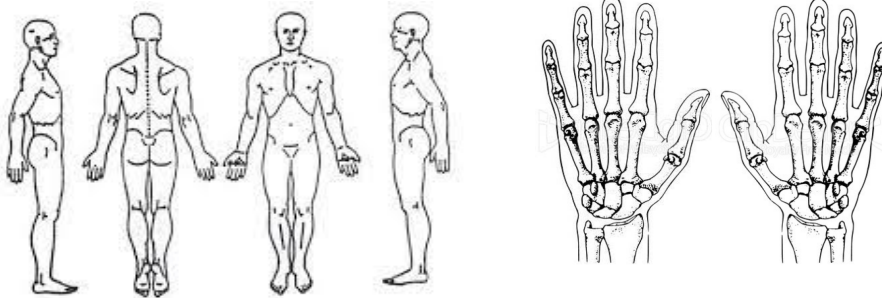
Emailadresse: * _____

Telefon Festnetz: * _____

Straße, Hausnummer * _____

PLZ, Stadt * _____

1.) Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie aktuell Schmerzen?

ja nein

Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen)

Wenn ja, wie Stark sind Ihre schmerzen (bitte einkreisen)?



3.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

5.) Verwenden Sie Hilfsmittel? (bitte einkreisen) ja nein

Brille, Schienen/Bandagen/Orthesen, Hörgeräte, Adaptionshilfen, Sonstiges

4.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

5.) Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

6.) Gibt es Einschränkungen in Ihrem Alltag?

7.) Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

8.) a) Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, Sonstiges:

b) Was verbessert Ihre Beschwerden?

Zur Beantwortung der nächsten Fragen denken Sie bitte nur an die vergangenen zwei Wochen:

09.) Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja nein

10.) Leiden Sie unter folgenden Nebenleitsymptomen? Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit (bitte einkreisen)

11.) Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme ja nein

12.) Sind Sie Asthmatiker/in, Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose oder andere Erkrankungen _____? (bitte einkreisen) ja nein

13.) Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? ja nein

Wenn ja, welche:

14.) Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein

15.) Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP ja nein

16.) Rauchen Sie? ja nein

17.) Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja nein

18.) Können Sie nachts durchschlafen? ja nein

19.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? Physiotherapie/ Ergotherapie/Logopädie/ Psychologe/Akupunktur/ Sonstiges

20.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Hausordnung (Auszug):

Rezeptgebühren sind vor dem ersten Termin zu bezahlen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (24h vorher) werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Bitte bringen Sie zu jeder Behandlung ein Handtuch sowie saubere Turnschuhe mit. Trinkwasser nur in Plastikflaschen. Es ist verboten, sofern Sie einen Termin im Kraftraum haben, allein zu beginnen – es ist immer auf den zuständigen Therapeuten zu warten. Therapeuten haben das Recht, Patienten bei Verdacht einer Grippe oder einer Magen-Darm-Entzündung, wieder nach Hause zu schicken.

Datum: _____ Unterschrift: _____