

**Sehr geehrte/r Patient/in**  
**Herzlich willkommen in der PhysioTHERAPIE am Kreuz**

Im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung bitten wir Sie, sich auf das Eingangsgespräch vorzubereiten. Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit, über Ihre Beschwerden und Ihre Ziele nachzudenken. Mit der sorgfältigen Beantwortung aller Fragen, tragen Sie zum Erfolg der Behandlung bei. Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen zu tätigen. Spätere Änderungen werde ich mitteilen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1.) Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie aktuell nach? (Stunden pro Woche) \_\_\_\_\_

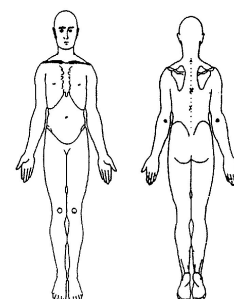
2.) Oder sind Sie ärztlich arbeitsunfähig geschrieben? Seit wann \_\_\_\_\_ bis wann \_\_\_\_\_

3.) Maß an Bewegung pro Woche in Stunden: \_\_\_\_\_ Welche Aktivitäten \_\_\_\_\_

4.) Welche Hauptbeschwerden belasten Sie im Alltag?

\_\_\_\_\_

5.) Markieren Sie die Region der Beschwerden in den Skizzen !



6.) Seit wann haben Sie diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

7.) Gibt es einen für Sie erklärbaren oder vermuteten Auslöser dafür?  
Können Sie den Schmerz provozieren?

\_\_\_\_\_

8.) Welche Untersuchungen wurden durchgeführt? ( z.B. MRT, RÖ ) (Berichte können mitgebracht werden)

\_\_\_\_\_

9.) Gab es im Bezug zu den Beschwerden durchgeführte Operationen? Nein Ja, wann \_\_\_\_\_

10.) Haben Sie weitere Erkrankungen? Nein Ja, welche \_\_\_\_\_

11.) Haben Sie Sorgen oder andere soziale Belastungen? \_\_\_\_\_

12.) Welche Hilfsmittel benutzen Sie aktuell? (Unterarmstützen, Orthese...) \_\_\_\_\_

13.) Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn Ja, welche Wirkung haben diese? (z.B. Blutdrucksenkung....)

\_\_\_\_\_

14.) Welche Maßnahmen haben Sie oder Ihr Arzt zur Verbesserung Ihrer Beschwerden eingeleitet ?

\_\_\_\_\_

15.) Welche Veränderungen möchten Sie mit der Behandlung erreichen? \_\_\_\_\_

16.) Gibt es etwas, was Sie uns noch mitteilen wollen? \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Erfurt, den

Unterschrift