



Liebe Patient\*innen, mit diesem Fragebogen erleichtern Sie uns die Erfassung möglicher Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern uns damit wichtige Informationen für Ihre Behandlung. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur für therapeutische Zwecke benutzt.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ – Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E- Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Hobbies/Sport: \_\_\_\_\_

Impfstatus (Covid-19):  Impfung  Genesen  Test wann: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie aktuell bei den folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

Allgemeinmedizin  Orthopädie  Osteopathie  Zahnmedizin  Psychologie  
andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

2. Wurde bei Ihnen in den folgenden Bereichen jemals eine Erkrankung diagnostiziert?

Bewegungssystem (Knochenfraktur, Arthrose o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Nervensystem (Lähmungen, Schlaganfall o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Autoimmunerkrankungen (MS, Rheuma o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Herz-Kreislaufsystem (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Atmungssystem (Asthma, COPD o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Infektionskrankheiten (Gürtelrose, Hepatitis o.ä.)?  ja, welche: \_\_\_\_\_  
andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Wenn ja, welche:

Medikamente  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Latex  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Pflaster  ja, welche: \_\_\_\_\_  
andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

4. Bitte nennen Sie Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden (Was und wann?):

Gelenk-Ersatz  ja, welche: \_\_\_\_\_  
WS-Operationen  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Tumor-Operation  ja, welche: \_\_\_\_\_  
Kaiserschnitt  ja: \_\_\_\_\_  
andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

5. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten Wochen eingenommen:

Schmerzmittel  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet  
Entzündungshemmer  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet  
Gerinnungshemmer  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet  
Muskelrelaxantien  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet  
Psychopharmaka  nein  ja: ärztlich verordnet / nicht verordnet  
andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

6. Welche Beschwerden/Therapiegründe haben Sie zu uns geführt?

Schmerzen  nein  ja

andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

7. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

☺  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 ☹

8. Schmerzqualität: wenn möglich, beschreiben Sie kurz Ihre Schmerzen

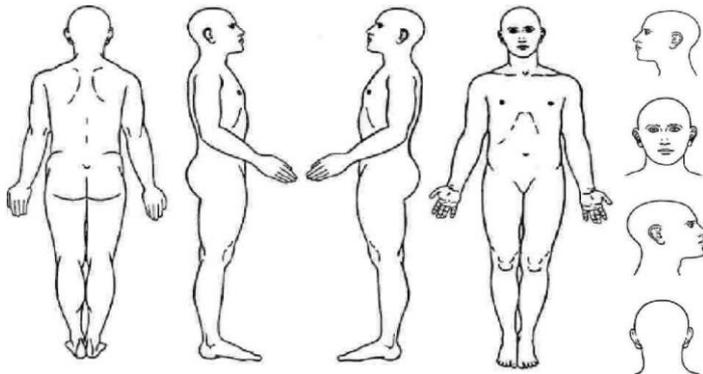
oberflächlich (z.B. spitz/stechend)  tief (z.B. dumpf/pochend)

neuropathisch (z.B. brennend-elektisierend/einschießend)

sonstiges

Zeichnen Sie in der Skizze bitte ein, wo Sie Schmerzen haben

Gehen Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet aus, kennzeichnen Sie es mit einem (X), die Ausstrahlungsrichtung mit einem (→)



7. Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz?

muskuläre Schwäche/Instabilitäten  Gangunsicherheit  Taubheitsgefühle

Schwellungen/Ödeme  Kiefer (Knacken, Knirschen)  Steifheit/Blockadegefühl

Schwindel  Tinnitus  Schlafstörungen  Inkontinenz

andere  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

8. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

weniger als 1 Monat

1 Monat bis ½ Jahr

½ bis 1 Jahr

mehr als 1 Jahr

9. Gab es einen Auslöser?

ursprünglicher Auslöser: \_\_\_\_\_

momentane Auslöser: \_\_\_\_\_

10. Ändern sich die Beschwerden?

Ruheposition  Bewegung  Tageszeitabhängig  Stress/Ruhe

sonstiges



### **Für gesetzlich versicherte Patient\*innen:**

Mir ist bekannt, dass volljährige, gesetzlich Versicherte eine Zuzahlung leisten müssen.  
(setzt sich zusammen aus: 10,-€ pro Rezept + 10% des Rezeptwertes)  
Sollten Sie von der Zuzahlung befreit sein, legen Sie uns bitte Ihren Befreiungsnachweis vor.  
Ich wurde in den letzten 12 Wochen physiotherapeutisch behandelt:  Ja  Nein  
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten verarbeitet, gespeichert und an das  
Abrechnungszentrum Optica Dr. Güldener GmbH für Heilberufe weitergegeben werden.

### **Für privat versicherte Patient\*innen:**

Über die genauen Vergütungssätze werden Sie in der Honorarvereinbarung informiert.  
Der/die Patient\*innen verpflichtet sich zur Zahlung der Vergütung für die erbrachte Leistung,  
unabhängig davon ob eine Versicherung u./o. Beihilfe diese vollständig, teilweise oder nicht  
übernimmt.

### **Datenschutzaufklärung**

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und  
genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur  
Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem  
Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten  
und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die  
Krankenkasse die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden  
diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten,  
zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen  
Dokumentation. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für  
die Zukunft widerrufen kann.

### **Wie haben Sie zu uns gefunden?**

Google  Arzt  Empfehlung/Bekannte  sonstige

### **Stornierung / Ausfallhonorarvereinbarung**

Da wir eine ausschließliche Terminpraxis sind, ist es dringend erforderlich, dass Sie nicht  
wahrnehmbare Termine mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Bei kürzerer Stornierung oder Nichterscheinen stellen wir Ihnen für jeden nicht  
wahrgenommenen Termin ein pauschales Ausfallhonorar in Höhe von 25,00 EUR in  
Rechnung (§§ 615, 293ff BGB).

Zur Kenntnis genommen:

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Patient\*innen)