



PATIENTENERFASSUNGSBOGEN

Name, Vorname Krankenkasse Geburtsdatum

PERSÖNLICHE DATEN

Adresse E-Mail-Adresse Telefon (Arbeit/Privat/Handy)

SOZIALE DATEN

Ausbildung/Beruf Aktuelle Tätigkeit Arbeitssuchend seit

Körperliche Belastung	Sozialstatus	Meine sportlichen Aktivitäten
<input type="checkbox"/> Leicht	<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Eigene Kinder im Haushalt
<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> EU-Rente	<input type="checkbox"/> Alleinstehend
<input type="checkbox"/> Schwer	<input type="checkbox"/> GdB	<input type="checkbox"/> Hilfe durch Partner/Kinder

ÜBERWEISUNGSDATEN

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neurologe	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Psychologe/Psychiater	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Internist/Kardiologe	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Urologe	<input type="text"/>	AU seit	<input type="text"/>

VOROPERATIONEN/ IMPLANTATE IM KÖRPER

<input type="checkbox"/> HWS	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> LWS	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BWS	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schulter	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfälle/Frakturen	Datum <input type="text"/>	Klinik/KH <input type="text"/>

MEDIZINISCHE DATEN

Größe (in cm) Gewicht (in kg)

Lungenerkrankungen/ Bronchialasthma

Gerinnungsstörungen Blut ASS Andere

Diabetes Insulin Tbl.

Herzrhythmusstörung Osteoporose

Parkinson Rheuma/ Arthritis Bechterew

	Kopf	HWS	BWS	LWS
MRT				
CT				
Röntgen				

SCHMERZMITTEL/ LETZTE DOSIERUNG

Welche Art von **Physiotherapie** erhielten Sie im letzten halben Jahr?

Krankengymnastik Manuelle Therapie Injektionen Therapie Chiropraktisches Einrenken



PATIENTENERFASSUNGSBOGEN

Name, Vorname

Krankenkasse

Geburtsdatum

SCHMERZINTENSITÄT

Ich habe aktuell Schmerzen, mein Hauptschmerz ist (Wenn Sie keine Schmerzen haben, bitte frei lassen)

HWS (Kopf, Nacken, Schultern, Arm, Hand)

LWS (Kreuz, Gesäß, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß)

BWS (Tiefer als Schulterblätter)

TRAGEN SIE HIER BITTE DIE INTENSITÄT IHRER HAUPTSCHMERZEN EIN.

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10






0 = „Kein Schmerz“

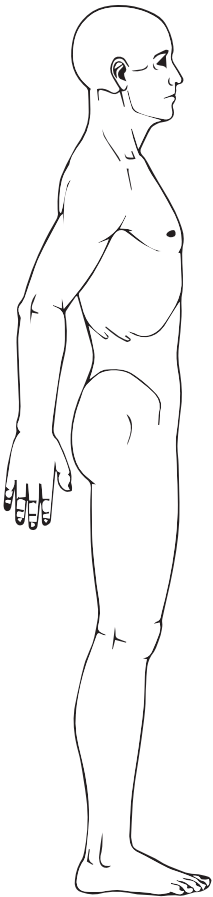
5 = „Erträglichkeitsschwelle“

10 = „stärkster vorstellbarer Schmerz“

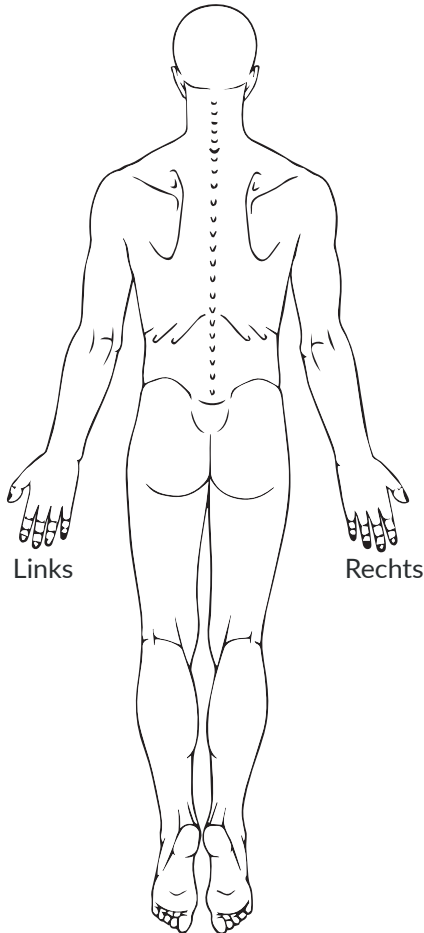
BITTE ZEICHNEN SIE IN DIESE SKIZZEN IHR „SCHMERZBILD“ EIN:

- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen 
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen 
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden 
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10 nach der Intensität der letzten Tage (wie oben)

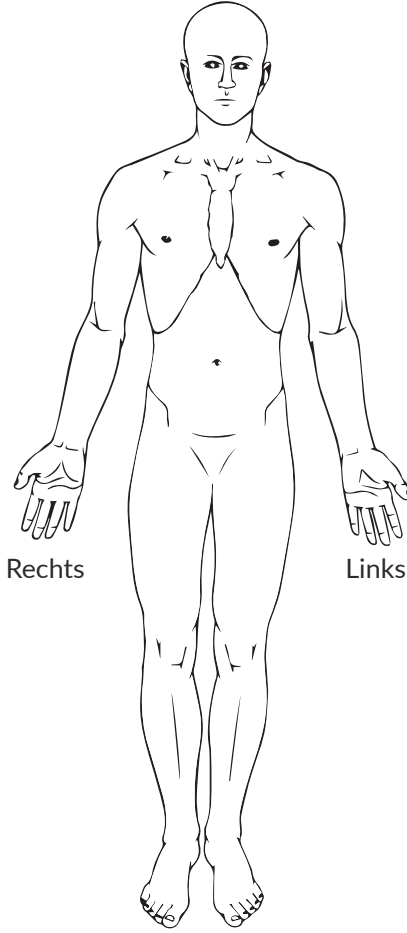
Rechte Seite



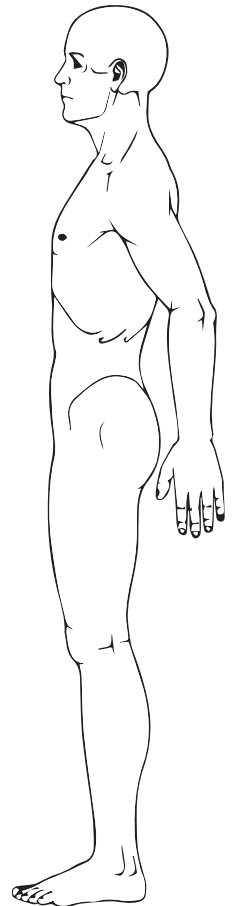
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten (Dauerschmerz, mehrfach kurz, wie oft täglich?)

Three horizontal lines for writing the patient's description of symptoms.

Datum/Unterschrift

Empfohlen von