ANMELDEFRAGEBOGEN

BUCELSKI
THERAPIE & TRAININGS PUNKT

Name / Vorname

Geburtsdatum

E-Mail Adresse / Handy-Nummer

Wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen! Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Aktuelle Situation

Was hat Sie zu uns geführt? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?

Vorgeschichte

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sich diese seitdem verändert?

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

Lebenssituation

Hobbys / Freizeitaktivitäten / Kinder?

Aktueller Beruf?

Wann hatten Sie das letzte Mal eine stationäre oder ambulante Reha?

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände: (Bitte ankreuzen)	JA	NEIN
Haben Sie einen Herzschrittmacher / Beschwerden mit dem Herzen?	○	○
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	○	○
Hatten Sie einen Hirninfarkt oder eine Hirnblutung?	○	○
Haben Sie einen Gelenkersatz?	○	○
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	○	○
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	○	○
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche?	○	○
Haben Sie Einschränkungen in Ihrer Hörfähigkeit?	○	○
Haben Sie Einschränkungen in Ihrer Sehfähigkeit?	○	○
Leiden Sie an Schwindel, Gleichgewichts- oder Gangstörungen?	○	○
Leiden Sie unter Epilepsie?	○	○
Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	○	○
Rauchen Sie?	○	○
Leiden Sie unter einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher? ☐ Chronische Polyarthritis ☐ Distale interphalangeale Arthritis psoriatica ☐ Spondylitis psoriatica ☐ Sonstige psoriatische Arthritiden ☐ Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten ☐ Arthritis bei Colitis ulcerosa ☐ Arthritis bei Crohn-Krankheit	○	○
Liegt bei Ihnen ein Parkinson-Syndrom vor? Wenn ja, seit wann?	○	○
Liegt bei Ihnen eine Form der multiplen Sklerose vor?	○	○
Leiden Sie an der Krankheit Chorea Huntington oder an einer Form der Ataxie?	○	○
Haben Sie eine Hemiparese oder Hemiplegie? Wenn ja, seit wann?	○	○
Liegen Krankheiten der Wirbelsäule oder des Rückens vor?	○	○
Liegt bei Ihnen eine Haltungsstörung vor (übermäßige Kyphose oder Lordose)?	○	○
Haben Sie Verletzungen an der Rotatorenmanschette?	○	○
Liegt bei Ihnen ein chronische Instabilität des Kniegelenkes vor?	○	○
Hatten Sie in den letzten 6 Monate eine der folgenden Operationen: ☐ Einsetzen einer Schulterprothese ☐ Einsetzen einer Hüftgelenksprothese ☐ Einsetzen einer Kniegelenksprothese	○	○
Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Amputationen? Wenn ja, welche(n)?	○	○