



Privatpraxis - Susanne Taddey
Heilpraktikerin (Physiotherapie)

Friedrich-Engels-Damm 73a
15526 Bad Saarow

Tel.: 033631 / 59 69 30
Fax: 033631 / 59 69 31
Mobil: 0170 / 340 84 97

info@physiotherapie-sonnenschein.de
www.physiotherapie-sonnenschein.de

- ★ Manuelle Therapie
- ★ Höhentaining
- ★ Golf-Physiotherapie
- ★ Wellness
- ★ Yoga

*Termine nach
Vereinbarung*

Patientenfragebogen

Bitte füllen Sie den Bogen **vor Ihrem ersten Termin** aus und senden Sie ihn mir zu! (per Email, per Fax, oder auch per Post) So sparen wir wertvolle Zeit für Untersuchung und Behandlung.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel. privat: _____ Mobil: _____

Tel. dienstlich: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____ Zahnarzt: _____

Hobbys/Sport: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns? _____

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar? _____

Welches Ziel wollen Sie durch die Therapie erreichen? _____

Woran werden Sie im Alltag merken, dass die Therapie erfolgreich ist? _____

Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? _____

Wie lassen sich die Beschwerden lindern? _____

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? _____

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seit dem verändert? _____

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen? _____

Bisherige **zahnärztliche** Eingriffe (Zahnsperre, Implantate, Kronen, Brücken, Prothesen?): _____

Haben Sie Schmerzen beim Husten / Niesen / Pressen / Schlucken?: _____

Haben Sie Gang-, oder Gleichgewichtstörungen?: _____

Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?: _____

Hatten sie in den letzten Wochen Fieber oder nächtliches Schwitzen?: _____

Ihre **gesundheitliche Vorgeschichte** (alle wichtigen Ereignisse seit der Geburt, schwere Erkrankungen, Operationen, Unfälle, Verletzungen...):

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja woran und seit wann? _____

Bestand oder besteht ein

Krebsleiden

Herzleiden

Lungenleiden

Osteoporose

Rheuma

Diabetes

Bluthochdruck

Bandscheibenvorfall

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? – Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an

- nächtlichem Zähneknirschen? _____ Ja Nein
- Zähnepressen? _____ Ja Nein
- Gesichtsschmerzen? _____ Ja Nein
- Ohrschmerzen? _____ Ja Nein
- Kopfschmerzen oder/und Migräne? _____ Ja Nein
- Verspannungen und Blockaden der Halswirbelsäule? _____ Ja Nein
- Rückenschmerzen? _____ Ja Nein
- Morgensteifigkeit? _____ Ja Nein
- Schwindel? _____ Ja Nein
- Tinnitus (Ohrgeräusche)? _____ Ja Nein
- Sehstörungen? _____ Ja Nein
- Globusgefühl (Kloß im Hals)? _____ Ja Nein
- Herzrhythmusstörungen (Herzstolpern, Herzrasen)? _____ Ja Nein
- Bauchschmerzen/Verdauungsstörungen? _____ Ja Nein
- Knieschmerzen? _____ Ja Nein
- Fußschmerzen? (Fußsohle, Fußrücken, Achillessehne) _____ Ja Nein
- Muskelkrämpfe/Muskelschmerzen? _____ Ja Nein
- Sehnenscheidenentzündungen? _____ Ja Nein
- chronisch wiederkehrenden Nebenhöhleninfekten? _____ Ja Nein
- chronischer Erschöpfung/ Müdigkeit? _____ Ja Nein
- Konzentrationsstörungen? _____ Ja Nein
- unter dem Gefühl, ständig unter Strom zu stehen? _____ Ja Nein