

Auszeit Physiotherapie

Patienten Registrierungsformular

Name:	Geburtsdatum:
Adresse:	PLZ/Ort:
Kontaktdaten	Telefon privat
	Telefon mobil
	Email:

Beruf:

sportliche Aktivitäten:

Hausarzt:

Sind Sie in Behandlung bei einer der folgenden Berufsgruppen?

Hausarzt: Psychater/Psychologe Osteopath

Physiotherapeut: Zahnarzt Chiropraktiker

Wenn ja, wegen welchen Beschwerden wurden Sie in den letzten 3 Monaten behandelt?

Allergien:

Sind Sie allergisch gegen Medikamente

Welche:

Andere Allergien, die für die Behandlung relevant sein können

Grunderkrankungen:

Krebs, wenn ja welche Art? JA NEIN

Herzprobleme, wenn ja , welche Art? JA NEIN

Hoher Blutdruck JA NEIN

Kreislaufprobleme JA NEIN

Asthma JA NEIN

Magengeschwüre JA NEIN

Abhängigkeit von Alkohol,

Medikamenten, anderen Substanzen JA NEIN

Schilddrüsenprobleme JA NEIN

Diabetes JA NEIN

Multiple Sklerose JA NEIN

Rheumatische Arthritis JA NEIN

andere entzündliche

Gelenkserkrankungen JA NEIN

Hepatitis JA NEIN

Depressionen JA NEIN

Tuberkulose JA NEIN

Schlaganfall JA NEIN

Nierenerkrankungen JA NEIN

Thrombose JA NEIN

Osteoporose JA NEIN

Andere.....

Operationen/ Krankenhausaufenthalte:

Grund und Datum:

Behandlungsbedürftige Verletzungen:

Art der Verletzung und Datum:

Familiengeschichte: (Erkrankungen der Eltern oder Geschwister)

Diabetes	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
entzündliche Gelenkerkrankungen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Krebs	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Depressionen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Medikamente:

Welche Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Ihnen von Ihrem Arzt derzeit verordnet werden

Derzeitige Beschwerden:

Bitte kreuzen Sie die Beschwerden, die für Sie NEU, UNGEWÖHNLICH oder ATYPISCH sind an:

Gewichtsveränderung <input type="checkbox"/>	Gelenk-/Muskelschwellung <input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen <input type="checkbox"/>	unerklärte Hämatome <input type="checkbox"/>
Schwindel <input type="checkbox"/>	starke Blutung <input type="checkbox"/>
Müdigkeit <input type="checkbox"/>	Atemnot <input type="checkbox"/>
Schwächegefühl <input type="checkbox"/>	regelmässiges Husten <input type="checkbox"/>
Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen <input type="checkbox"/>	Arm-/Beinschwellung <input type="checkbox"/>
Kribbeln oder Taubheit <input type="checkbox"/>	Herzrasen <input type="checkbox"/>
Zittern <input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/Epilepsi <input type="checkbox"/>	Sodbrennen <input type="checkbox"/>
Doppelbilder sehen <input type="checkbox"/>	Verstopfung/Durchfall <input type="checkbox"/>
Verlust der Sehschärfe <input type="checkbox"/>	Blut im Stuhl <input type="checkbox"/>
gerötete Augen <input type="checkbox"/>	Post Menopause/Wechseljahre <input type="checkbox"/>
Hautausschlag <input type="checkbox"/>	Probleme beim Wasserlassen <input type="checkbox"/>
Schlafstörung <input type="checkbox"/>	Urininkontinenz <input type="checkbox"/>
nächtliches Schwitzen <input type="checkbox"/>	Blut im Urin <input type="checkbox"/>
Hörstörungen <input type="checkbox"/>	mögliche Schwangerschaft <input type="checkbox"/>
Stress bei der Arbeit <input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit/ Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift Therapeut:

Unterschrift Patient: