

Fragebogen

zur Abschätzung des gesundheitlichen Risikos im Rahmen der Therapie, Heilpraktiker Behandlung und Trainingsmitgliedschaft bei physio³

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen UNBEDINGT VOLLSTÄNDIG aus!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Versicherungsstatus:

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Private (PKV)

Krankenversicherung: _____

Überweisender Arzt: _____

Hausarzt: _____

1. Was ist der Grund Ihres Besuches?

2. Leiden sie aktuell unter Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wo haben Sie Schmerzen?

Sind diese Schmerzen der Grund für Ihren Besuch? Ja Nein

3. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren operiert? Ja Nein

Wenn ja, was wurde bei Ihnen operiert?

Ist diese Operation der Grund für Ihren Besuch? Ja Nein

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente?

Gibt es Notfallmedikamente (z.B. Nitrospray oder Antiallergika)?

Risikofragebogen Stand 201804

Wurde eine der folgenden Erkrankungen von einem Arzt bei Ihnen festgestellt?

Bandscheibenvorfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Operierter Bandscheibenvorfall - OP Termin:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Entzündliches Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Spinalkanalstenose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Herz- und Kreislauferkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zustand nach Bypass OP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Gefäßerkrankungen (z. B. Aneurysma ,Lungenembolie, Thrombose, AVK)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen der Atemwege	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Leistenbruch oder Bauchwandbruch	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Netzhautablösung / Glaukom (Grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zustand nach Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige neurologischen Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (insulinpflichtig):	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Aktuelles Tumorleiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Frische Frakturen (bis 4 Monate)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Operationsbedürftige Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bauch- oder gynäkologischer Operation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft oder Entbindung (1 Jahr)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Bitte nenne Sie alle, Ihnen bekannten Indikationen oder Erkrankungen, von denen Sie wissen, die hier aber nicht aufgeführt wurden:

Ich versichere, obige Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben und dass mir keine weiteren gesundheitlichen Risiken bekannt sind.

Datum / Unterschrift: _____