

# Eingangsfragebogen für Therapie und Training



Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

**Ihre Antworten helfen uns dabei, unsere Therapie auf Sie abzustimmen. Bei Fragen sprechen Sie bitte Ihren Therapeuten an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich von uns behandelt.**

## Aktuelle Situation

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

---

---

## Vorgeschichte

Seit wann bestehen diese Beschwerden und wie haben sich diese seitdem entwickelt?

---

---

Was lindert die Beschwerden und wodurch wird die Linderung verstärkt?

---

---

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie genau 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie einen Hirninfarkt oder eine Hirnblutung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Gelenkersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Einschränkungen in Ihrer Hörfähigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Einschränkungen in Ihrer Sehfähigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an Schwindel, Gleichgewichts- oder Gangstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher? <input type="checkbox"/> Chronische Polyarthritis <input type="checkbox"/> Distale interphalangeale Arthritis psoriatica <input type="checkbox"/> Spondylitis psoriatica <input type="checkbox"/> Sonstige psoriatische Arthritiden <input type="checkbox"/> Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten <input type="checkbox"/> Arthritis bei Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Arthritis bei Crohn-Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegt bei Ihnen ein Parkinson-Syndrom vor? Wenn ja, seit wann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegt bei Ihnen eine Form der multiplen Sklerose vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an der Krankheit Chorea Huntington oder an einer Form der Ataxie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Hemiparese oder Hemiplegie? Wenn ja, seit wann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen Krankheiten der Wirbelsäule oder des Rückens vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegt bei Ihnen eine Haltungsstörung vor (übermäßige Kyphose oder Lordose)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Verletzungen an der Rotatorenmanschette?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegt bei Ihnen ein chronische Instabilität des Kniegelenkes vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten Sie in den letzten 6 Monate eine der folgenden Operationen: <input type="checkbox"/> Einsetzen einer Schulterprothese <input type="checkbox"/> Einsetzen einer Hüftgelenksprothese <input type="checkbox"/> Einsetzen einer Kniegelenksprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Amputationen? Wenn ja, welche(n)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>