

Check-up Gesundheitsbogen



Persönliche Informationen

Name	Alter
Geburtsdatum	Beruf
	Datum

Welches Ziel möchten Sie mit der Verordnung bzw. mit uns erreichen?

Wie möchten Sie dieses Ziel bestmöglich erreichen?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja Nein Selten

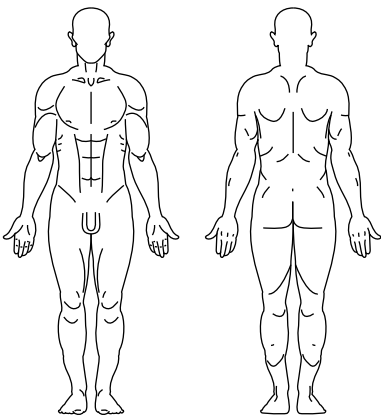
Art der sportlichen Aktivität: _____

Wie häufig? _____



Bewegungsapparat

Bitte zeichnen Sie Ihre Hauptbeschwerden ein:



Bitte tragen Sie Ihr Schmerzempfinden ein:

Kein Schmerz



Stärkste vorstellbare Schmerzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Genauere Schmerz-Definition: _____

Nehmen Sie Schmerzmedikamente?

Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Wie häufig? _____

Allgemeine Beschwerden der Extremitäten/Wirbelsäule:

Ja Nein Wenn ja, welche: _____

Arthrose/Arthritis/Rheumatische Erkrankungen?

Ja Nein Wenn ja, wo: _____

Osteoporose?

Ja Nein Ja, mit Knochenbrüchen



Herz-Kreislaufkrankung

Herzerkrankung/sonstige Herzbeschwerden/Herz-OP bekannt?

Wenn ja, welche und wann: _____

Nehmen Sie Medikamente dagegen? Ja Nein Wenn ja, welche: _____



Blutdruck

Wie ist Ihr Blutdruck?

Zu hoch

Zu niedrig

Normal

Keine Ahnung

Nehmen Sie Blutdruck Medikamente ein?

Ja

Nein

Haben Sie Blutdruck Schwankungen?

Ja

Nein

Andere Erkrankungen

Diabetes bekannt?

Ja

Nein

Medikamentös eingestellt?

Ja

Nein

Atemwegserkrankungen bekannt?

Ja

Nein

Medikamentös eingestellt?

Ja

Nein

Art der Erkrankung: _____
(z.B. Asthma, COPD etc.)

Neurologische Erkrankungen?

Ja

Nein

Art der Erkrankung: _____
(z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Parkinson etc.)

Hatten Sie eine größere Operation?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Art der Operation und wann: _____

Leiden Sie an einer hier nicht erwähnten Erkrankung?

Ja

Nein

Art der Erkrankung: _____

Benutzen Sie Hilfsmittel im Alltag?

Ja

Nein

Art der Hilfsmittel: _____
(z.B. Rollator, Handstock etc.)

Füllt der/die Therapeut/in aus! _____

Unterschrift Therapeut/in:

Ich habe den Gesundheitsbogen gelesen und bearbeitet.