



Physiotherapie Götz GbR

Gabelsbergerstrasse 1-3 64711 Erbach Telefon: 06062/1676

Patientenfragebogen:

Behandlungsziel:

Name & Vorname:

Telefon:

Mobil:

Email:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Kg

Krankenkasse:

Größe:

cm

Wie flexibel können Termine wahrgenommen werden:

Jederzeit:

Nur ab: Uhr

Wochentage:

Krankenvorgeschichte:

Frühere Verletzungen:

Operationen:

Frühere Beschwerden / Narben:

Jetzige Beschwerden – Kurz:

Seit wann: morgens abends im Laufe des Tages immer nach Belastung in Ruhe

Auslöser:

Verbesserung durch:

Verschlechterung durch:

Vorherige Behandlungen:

Medikamente:

Bitte kreuzen Sie auf folgender Skala an, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden:

① = keine Schmerzen ⑩ = maximale Schmerzen

Momentane Schmerzstärke:

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Maximale Schmerzstärke im letzten Monat: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift