



**PRAXIS FÜR PHYSIOTHERAPIE**  
**UTE JANSEN - STEINFELDER GASSE 11 - 50670 KÖLN**  
**Staatlich anerkannte Krankengymnastik**  
**Sektorale Heilpraktikerin – Physiotherapeutin**

Um Ihnen eine angemessene und auf Ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus der Heilmittelverordnung nicht ergeben. Diese sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie. Sollten Sie Fragen nicht verstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihre Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Name:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Adresse:			
Telefon:			
E-Mail:			
Beruf:		Krank geschrieben seit:	bis:
Familienstand:		Kinder:	
Krankenkasse:		Beihilfe berechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sport / Bewegung – Frequenz o. sportliche Vorgeschichte:			
Hobbys / Freizeitaktivitäten:			
Allgemeine Gesundheit:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht

**Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? Gibt es einen bestimmten Auslöser & seit wann besteht es?**

---

---

---

---

**Welche Bewegungen können Sie momentan nicht machen oder bei welchen Aktivitäten / Tätigkeiten fühlen Sie sich eingeschränkt?**

---

---

---

**Schränken Ihre Beschwerden Sie im sozialen Leben (Beruf / Freizeit) ein? Wenn ja, wie?**

---

---



**Hatten Sie Operationen / Unfälle / Stürze? Wenn ja, welche und wann?**

---

---

---

**Welche Therapien bzgl. Ihres Anliegens wurden bisher angewandt und bitte unterstreichen Sie, welche davon erfolgreich waren?**

- |   |  |  |                                      |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Osteopathie |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur       | <input type="checkbox"/> Massagen          | <input type="checkbox"/> Medikamente   | <input type="checkbox"/> Sonstige:   |

---

**Erkrankungen:**

- Herzerkrankungen – wenn ja, welche?

---

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck               | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck       |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten             | <input type="checkbox"/> Schlaganfall              |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                   | <input type="checkbox"/> Asthma                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Rheuma                    |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Krebs                       | <input type="checkbox"/> Osteoporose               |
| <input type="checkbox"/> Allergien? Wenn ja, welche? |  |

---

- Ansteckende Erkrankungen - wenn ja, welche?

---

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, für welche Erkrankungen?

---

---

**Andere Gesundheitsprobleme:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwindel                       | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit            | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche           |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne         | <input type="checkbox"/> Atemprobleme                | <input type="checkbox"/> Depression             |
| <input type="checkbox"/> Empfindungsstörungen / Taubheit | <input type="checkbox"/> Gangstörungen               | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden                | <input type="checkbox"/> Übelkeit                    | <input type="checkbox"/> Allgemeine Schwäche    |
| <input type="checkbox"/> unerwarteter Gewichtsverlust    | <input type="checkbox"/> unerwartete Gewichtszunahme |   |
| <input type="checkbox"/> Gestörte Blasenfunktion         | <input type="checkbox"/> Gestörte Darmfunktion       |   |

**Sonstiges:**

- |  |   |                                       |                                     |   |
|--|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| > Schlaf   | <input type="checkbox"/> unter 4 h                      | <input type="checkbox"/> 4-6h         | <input type="checkbox"/> 6-8h       | <input type="checkbox"/> mehr als 8h                      |
| > Essen  | <input type="checkbox"/> regelmäßig                     | <input type="checkbox"/> unregelmäßig |                                     |   |
| > Appetit  | <input type="checkbox"/> keinen                         | <input type="checkbox"/> wenig        | <input type="checkbox"/> moderat    | <input type="checkbox"/> viel                             |
| > Nikotin  | <input type="checkbox"/> nie                            | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> regelmäßig |   |
| > Alkohol  | <input type="checkbox"/> nie                            | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> regelmäßig |   |
| > Kaffee   | ___ Tassen / Tag  | <input type="checkbox"/> Tee          | ___ Tassen / Tag                    | <input type="checkbox"/> Wasser ___ Liter / Tag           |
| > Brille / Kontaktlinsen                                   |   |                                       |                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Tragen Sie Einlegesohlen?                                |   |                                       |                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Tragen Sie eine einseitige Absatzerhöhung?               |   |                                       |                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? |   |                                       |                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| > Für Frauen:  | <input type="checkbox"/> Ich nehme die Anti-Baby-Pille. |                                       |                                     | <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger.               |

**Gibt es noch etwas anderes, von dem Sie denken, dass wir davon wissen sollten oder nach dem wir nicht gefragt haben?**

---

---

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist (§630 f Abs. 3 BGB). Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

**FORMELLES:**

**TERMINABSAGEN & NICHT WAHRGENOMMENE TERMINE:**

Wir sind eine Bestellpraxis. Das bedeutet für Sie keine bzw. kurze Wartezeiten. Das heißt aber auch, dass meine Praxis auf die Zuverlässigkeit der Kunden angewiesen ist.

**Eine Absage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen.**

Fällt die Behandlung auf einen Montag, bitten wir Sie nach Möglichkeit die Absage bis Freitag der Vorwoche zu tätigen. Bei einer Absage mit kürzerer Frist, gleich aus welchem Grund (Krankheit, Stau, Arbeit, ...) werden wir uns bemühen, den Termin anderweitig zu vergeben.

Gelingt dies nicht, hat uns der Gesetzgeber im §615 BGB die Möglichkeit gegeben nicht rechtzeitig abgesagte und verpasste Termine privat in Rechnung zu stellen. Jede Absage ist ein Verlust für die Praxis. Wir sind auf stabile Umsätze angewiesen.

**Bitte berücksichtigen Sie, dass ein vereinbarter Behandlungstermin ausdrücklich für Sie reserviert ist!**

---

Datum

---

Unterschrift Patient / bzw. gesetzlicher Vertreter

**Herzlichen Dank!**