

Datum: _____



Persönlicher Aufnahmebogen

Dieser Fragebogen soll alle notwendigen Informationen erfassen, die wir benötigen um das bestmögliche, für Sie persönlich zugeschnittene Programm zu entwickeln.
Bitte nehmen Sie sich Zeit für die korrekte Bearbeitung. Vielen Dank!

Name: _____ Adresse: _____

Ort: _____ PLZ: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Mobil: _____

E-Mail Adresse (Erforderlich!): _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Adresse Beruflich: _____

Wie wurden Sie auf die PMBOS aufmerksam?: _____

Wurden Sie jemals zuvor von einem Physiotherapeuten behandelt?

Ja ___ Nein ___

Wie würden Sie persönlich Ihr momentanes Hauptproblem beschreiben:

Wann hat dieses Problem begonnen?

(Bitte definieren Sie so genau wie möglich – Monat, Jahr, Tag)

Haben Sie Schmerzen?

Was verschlimmert Ihre Schmerzen?

Was lindert Ihre Schmerzen?

Wie würden Sie Ihren Schmerz beschreiben?

Zu welcher Tageszeit oder Wochenzeit ist Ihr Schmerz schlimmer?

Der Schmerz ist: Immer gleich stark vorhanden: ___ Unterbrochen (Inkonstant) vorhanden: ___
(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Hatten Sie dieses Problem schon einmal vor dieser Schmerzepisode?

Wenn ja, wie oft? _____

Steht Ihr Schmerz Ihrer Meinung nach in Verbindung mit einem Unfall?

Laufen diesbezüglich zu diesem Zeitpunkt Gerichtsverhandlungen (bei Verkehrsunfällen oder Arbeitsunfällen)?

Steht Ihr Schmerz Ihrer Meinung nach in Verbindung mit einer arbeitsbedingten Verletzung?

Wenn ja, haben Sie darüber mit Vorgesetzten gesprochen, bzw. Präventivschritte eingeleitet?

Bitte listen Sie bisherige Verletzungen, schwerere Erkrankungen, Operationen oder Krankenhausaufenthalte auf:

Datum oder Alter: _____

Datum oder Alter: _____

Datum oder Alter: _____

Datum oder Alter: _____

Datum oder Alter: _____

Haben oder hatten Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder eine der folgenden Erkrankungen:

Arthritis Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Asthma Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Krebserkrankung Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Diabetes Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Herzkrankung Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Bluthochdruck Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Wiederkehrende Unterzuckerung Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Nierenerkrankung Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Depression Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Diagnostizierte Psychische Erkrankung Ich selbst ___ Familienmitglied _____

Trinken Sie Kaffee oder schwarzen Tee? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Rauchen oder konsumieren Sie Tabak? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag?

Welche Medikamente, Kräuter, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine nehmen Sie zu sich?
Liste Sie bitte Namen und den Grund der Einnahme auf:

Bitte listen Sie alle Allergien auf, an denen Sie leiden:

Mein derzeitiges Hauptproblem ist: _____

Mein sekundäres Problem ist: _____

I) Derzeitiger körperlicher Zustand

1. Seit dem Beginn meiner letzten Schmerzepisode ist mein Zustand:

- Sehr viel (80%) besser
- Viel (50%) besser
- Minimal (20%) besser
- Keine Veränderung
- Minimal (20%) schlechter
- Viel (50%) schlechter
- Sehr viel (80%) schlechter

II) Schmerz

2. Bitte markieren Sie Ihren aktuellen Schmerzlevel und den maximalsten Schmerzlevel in der vergangenen Woche:

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Schlimmster vorstellbarer Schmerz

3a. Nehmen Sie Medikamente wegen Ihrer Schmerzen ein?

- Niemals Sehr selten Manchmal Jeden Tag

Überspringen Sie bitte 3b wenn die Antwort auf 3a "Niemals" war

3b. Wenn Sie Schmerzmedikamente einnehmen, wählen Sie bitte aus:

- Ich nehme weniger davon ↓ Ich nehme immer gleich viel Ich nehme immer mehr ↑

4. Wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit diesem Schmerz leben müssten - wie würden Sie sich fühlen:

Beruhigt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Schrecklich

III) Aktivitätstoleranz

5. Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass Sie innerhalb von 6 Monaten wieder Ihre gewohnten Aktivitäten und Arbeiten ohne Probleme durchführen:

Sehr sicher 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Überhaupt nicht sicher (unmöglich)

6. Wie sicher sind Sie sich, dass alles in "die richtige Richtung" läuft?

Sehr sicher 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gar nicht sicher

7. Körperliche Aktivität verschlimmert meine Probleme!

Stimme überhaupt nicht zu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stimme ich absolut zu

8. Welche speziellen täglichen Aktivitäten bereiten Ihnen die meisten Probleme. Beziffern Sie bitte den Schmerz mit 0 (kein Schmerz) bis 10 (Sie gehen freiwillig ins Krankenhaus)

1: _____ Schmerzlevel: _____
2: _____ Schmerzlevel: _____
3: _____ Schmerzlevel: _____
4: _____ Schmerzlevel: _____
5: _____ Schmerzlevel: _____
6: _____ Schmerzlevel: _____
7: _____ Schmerzlevel: _____

IV) Fitness

9. Nennen Sie 3 der anstrengendsten Übungen oder Workouts mit Zeit (min) und dem Anstrengungslevel (RPE = Rate of perceived exertion) in der Frequenz pro Woche:

Aktivität 1: _____
Durchschnittliche Dauer der Aktivität: _____ Min.
RPE: _____ Tage/Woche _____

Aktivität 2: _____
Durchschnittliche Dauer der Aktivität: _____ Min.
RPE: _____ Tage/Woche _____

Aktivität 3: _____
Durchschnittliche Dauer der Aktivität: _____ Min.
RPE: _____ Tage/Woche _____

Die Erklärung zur RPE (zu dt. Borg-Skala) finden Sie in der Abbildung ->

6 Überhaupt nicht anstrengend
7 Extrem leicht
8 Sehr leicht
9 Sehr leicht
10
11 Leicht
12
13 Etwas anstrengend
14
15 Anstrengend schwer
16
17 Sehr anstrengend
18
19 Extrem anstrengend
20 Maximale Anstrengung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Die PMBOS untersteht in ihrer Funktion als physiotherapeutische Unternehmung der ärztlichen Schweigepflicht über personenbezogene Daten. Diese Schweigepflicht besteht auch über die Betreuung hinaus auf Lebenszeit.

Name _____ Datum _____

Unterschrift: _____

PMBOS Education & Research
Persönliches Training & Kursvorträge
Oberländerstr. 16
93051 Regensburg

Mail: info@privatmedberatung.com
Homepage: www.privatmedberatung.com

Dieser Fragebogen ist urheberrechtlich geschützt und darf nicht ohne Erlaubnis vervielfältigt werden. - PMBOS 2018