

Datum: \_\_\_\_\_

## Persönlicher Aufnahmebogen | Sporting Spine Regensburg



Dieser Fragebogen erfasst notwendige Informationen, die wir benötigen um die bestmögliche, für Sie persönlich zugeschnittene Betreuung durchzuführen. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die korrekte Bearbeitung. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausübter Beruf: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis 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)

---

Wenn Sie Schmerzen haben - was verschlimmert Ihre Schmerzen?

---

Wenn Sie Schmerzen haben - was lindert Ihre Schmerzen?

---

Zu welcher Tageszeit oder Wochenzeit ist Ihr Schmerz schlimmer?

---

Im Falle einer Schmerzproblematik:

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?

---

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

---

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

Datum oder Alter: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder eine der folgenden Erkrankungen (**verwenden Sie bitte jeweils ein Kreuz – Nur wenn es zutrifft!**):

**Arthritis** Ich selbst \_\_\_\_\_ Familienmitglied \_\_\_\_\_

**Lungenerkrankungen (Asthma, Bronichitis etc.)** Ich selbst \_\_\_\_\_ Familienmitglied \_\_\_\_\_

**Krebserkrankung** Ich selbst \_\_\_\_\_ Familienmitglied \_\_\_\_\_

**Diabetes** Ich selbst \_\_\_\_\_ Familienmitglied \_\_\_\_\_

**Herzerkrankung** 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 \_\_\_\_\_

**Infektiöse Krankheiten (Hepatitis, AIDS)** Ich selbst \_\_\_\_\_ Familienmitglied \_\_\_\_\_

Welche Medikamente, Kräuter, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine nehmen Sie zu sich?

Listen Sie bitte Namen und den Grund der Einnahme auf:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

---

### III) Aktivitätstoleranz

2. 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)

3. Körperliche Aktivität verschlimmert meine Probleme!

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

4. Welche speziellen täglichen Aktivitäten bereiten Ihnen die meisten Probleme. Bezeichnen 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: \_\_\_\_\_

Ich möchte dass mein Therapeut im Rahmen der Weiterbegleitung und Zielvereinbarung mit mir nach der Behandlung oder zwischendurch telefonisch oder per Mail Kontakt aufnimmt: ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Unentschuldigte Ausfälle stellen für uns als Praxis ein finanzielles Problem dar. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Regelung, dass ich für unentschuldigte, nicht wahrgenommene und nicht abgesagte Termine eine sofortige unangekündigte Ausfallrechnung erhalte.

Hiermit bestätige ich die **Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben**. Die Praxis Sporting Spine und alle Mitarbeiter unterstehen als physiotherapeutisches Unternehmen der ärztlichen Schweigepflicht über personenbezogene Daten. Diese Schweigepflicht besteht auch über die Betreuung hinaus auf Lebenszeit.

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ (unbedingt erforderlich)

Freiwilliger Teil:

Wir versorgen Sie gerne **100% kostenlos** per Email mit top aktuellen **Informationen für Ihre Gesundheit**, die Sie sonst in dieser tollen Qualität nur schwer oder gar nicht bekommen können.

Das erhalten sie von uns ganz konkret:

- **Gesundheitsinformationen (auch krankheitsspezifisch)**
- Neuigkeiten aus unserer Praxis
- **Spezielle Vorteilsangebote (z.B. eBooks, Neue Kurse, etc.)**

Möchten auch Sie, wie viele andere, **nichts mehr verpassen?**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir die Praxis **Sporting Spine Regensburg** regelmäßig interessante Gesundheitsinformationen und aktuelle Praxisangebote zusenden darf.

Meine Einwilligung hierfür kann ich jederzeit gegenüber **Sporting Spine** widerrufen. Dazu genügt eine Information per Email oder Telefon.

Meine Daten werden **auf keinen Fall** an Dritte weitergegeben und werden gemäß der DSGVO mit größtmöglicher Sorgfalt verarbeitet und verwaltet.

JA! Ich möchte in den Newsletter aufgenommen werden: \_\_\_\_\_

Unterschrift