

Anke Hengelmolen-Greb, M.Sc.

Physiotherapeutin, Bobath-Instruktor IBITA
 Therapie-Wissenschaftlerin
 Heilpraktiker (Physiotherapie)
 Heilpraktiker (Psychotherapie, i.A.)

www.bobath-grundkurs.de



Liebe Patientin, Lieber Patient!

Um Sie bereits im Vorfeld ein wenig einschätzen zu können, würden wir uns über ein paar Informationen Ihrerseits sehr freuen. Selbstverständlich fallen Ihre Angaben unter die therapeutische Schweigepflicht und stehen Ihnen selbst jederzeit zur Verfügung.

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Diabetes mell.	<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Hauterkr.
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<i>Sonstiges</i> – bitte hier notieren:			
Haben Sie Unverträglichkeiten / Allergien, z.B. gegen bestimmte Materialien?			
Nehmen Sie folgende Medikamente ein (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Blutverdünner	<input type="checkbox"/> Muskelrelaxantien	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Schlafmittel
<input type="checkbox"/> Kortison	<input type="checkbox"/> Anti-Depressiva	<input type="checkbox"/> Beta-Blocker	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<i>Sonstige</i> – bitte hier notieren:			
Haben Sie Operationen hinter sich? Wenn ja, welche?			
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hirnschrittmacher	<input type="checkbox"/> Stunt	<input type="checkbox"/> Hirn-OP
<input type="checkbox"/> Gelenkersatz	<input type="checkbox"/> Innere Organe	<input type="checkbox"/> Herz-OP	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<i>Sonstige</i> – bitte hier notieren:			
Was können Sie in Ihrem Alltag bewältigen – was ist eingeschränkt?			
Alltagstätigkeit	Selbstständig	Mit Hilfe	unmöglich
Waschen, Duschen			
An- und Ausziehen			
Toilettengang			
Essen			
Tisch decken, Geschirrspüler befüllen, spülen			
Staubsaugen, Putzen			
Kochen, Backen			
Wäsche versorgen, bügeln			
Einkaufen			
Gartenarbeit, Straße fegen			
Hobbys – (hier eintragen:)			
Beruf – (hier eintragen:)			
Sonstiges:			

Welche Bewegungsübergänge können Sie durchführen?			
Bewegungsübergang	Selbstständig	Mit Hilfe	unmöglich
Rückenlage zu Seitenlage zu Sitz			
Sitz zu Sitz			
Sitz zu Stand			
Bücken aus dem Stand			
Gehen			
Auf den Boden herunter kommen			
Vom Boden aufstehen			
Aktivitäten der Arme			
Rennen, Einbeinstand rechts + links			
Sonstige:			
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Veränderung der Beweglichkeit / Steifigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Veränderung der Sensibilität? (z.B. Taub, Kribbeln)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Veränderung der Kraft? (z.B. Schwäche, Spastik)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schwindel, Benommenheit, Ohnmacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Gedankenkreis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sehstörungen oder Hörstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schweißausbrüche, Veränderungen Haut, Verdauung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schmerzbefragung:			
Sind Ihre Schmerzen (bitte einkreisen): besser werdend / gleich / schlechter werdend / variabel			
Wie stark sind Ihre Schmerzen im Moment? (bitte einkreisen) (kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)			
Was verbessert – Was verschlechtert (bitte einkreisen)? Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen aus dem Sitz Bücken Beugen Stehen Gehen Laufen Heben Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken nehmen Greifen Arbeit Hobby Sport morgens mittags abends nachts <i>Sonstiges:</i>			
Wo sind Ihre Schmerzen?			
Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? (Bitte einkreisen) Röntgen CT MRT Spritzen Massage Physiotherapie Ergotherapie Sprachtherapie <i>Andere:</i>			
Sonstige Angaben – Was muss ich noch über Sie wissen?			
Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? Flyer Annonce Internet Empfehlung <i>Sonstiges:</i>			
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.			
Vor- und Nachname: Straße und Hausnummer: Postleitzahl und Ort:			
Grünebach, den	Unterschrift		