

## Anke Hengelmolen-Greb, M.Sc.

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

[www.bobath-grundkurs.de](http://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.

<b>Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten (bitte ankreuzen)</b>			
<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:			
<b>Haben Sie Unverträglichkeiten / Allergien, z.B. gegen bestimmte Materialien?</b>			
<b>Nehmen Sie folgende Medikamente ein (bitte ankreuzen)</b>			
<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:
Sonstige – bitte hier notieren:			
<b>Haben Sie Operationen hinter sich? Wenn ja, welche?</b>			
<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:			
<b>Was können Sie in Ihrem Alltag bewältigen – was ist eingeschränkt?</b>			
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?**

<b>Bewegungsübergang</b>	<b>Selbstständig</b>	<b>Mit Hilfe</b>	<b>unmöglich</b>
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:			

<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Veränderung der Beweglichkeit / Steifigkeiten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Veränderung der Sensibilität?</b> (z.B. Taub, Kribbeln)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Veränderung der Kraft?</b> (z.B. Schwäche, Spastik)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Schwindel, Benommenheit, Ohnmacht?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Gedankenkreis?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Sehstörungen oder Hörstörungen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Schweißausbrüche, Veränderungen Haut, Verdauung?</b>	<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 **Sonstiges:**

Wo sind Ihre Schmerzen?

**Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?** (Bitte einkreisen)  
 Röntgen CT MRT Spritzen Massage Physiotherapie Ergotherapie Sprachtherapie  
**Andere:**

**Sonstige Angaben – Was muss ich noch über Sie wissen?**

**Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?**

Flyer Annonce Internet Empfehlung

*Sonstiges:*

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

**Vor- und Nachname:**

Grünebach, den

Unterschrift