

Anmeldebogen

(Ihre Daten werden als besonders sensible Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vertraulich behandelt)

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Arzt | Persönliche Empfehlung | Internet | Telefonbuch | Sonstiges: _____

Versichertenstatus: Gesetzlich versichert | Privat versichert | Beihilfeberechtigt

Hat der verordnende Arzt Sie über Diagnose und beabsichtigte Therapie informiert? Ja | Nein
Ich wünsche Aufklärung durch den Therapeuten in Bezug auf Diagnose, geplante Therapie und Kontraindikationen! Ja | Nein, ich habe keine weiteren Fragen

Anamnese

Beruf: _____

Vorrangige Arbeitshaltung: Sitzen | Stehen | Gehen | Sonstige: _____

Arbeitsbelastung: (Schwer) tragen | (Schwer) heben | Zwangshaltung | Zeitlicher Druck

Treiben Sie Sport? Nein | Ja: _____

Wie oft sind Sie sportlich aktiv: unregelmäßig | 1x wöchentlich | 2-3x wöchentlich | täglich

Aktuelle Beschwerden (welche, seit wann?): _____

Auslösender Faktor: _____ | kein Auslöser

Haben Sie Schmerzen? Nein | Ja, wie stark auf einer Skala von 0-10 (0 = keine Schmerzen): _____

Sind bereits Therapien, bezogen auf die Diagnose/Beschwerden, durchgeführt worden?

Nein | Ja: _____

Nehmen Sie Medikamente: Nein | Ja: _____

Wogegen: _____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen/Beschwerden:

Herz-/Kreislaufbeschwerden | Atemwegserkrankungen | Gefäßerkrankungen | Diabetes

Blutgerinnungsstörungen | Schwindel | Lähmungen | Missempfindungen | Allergie

Osteoporose | Knochenbrüche | Band- oder Gelenkverletzungen

Andere Erkrankungen: _____

Operationen: _____

Metallimplantate: _____

Sonstiges: _____

VOM THERAPEUTEN AUSZUFÜLLEN

Geplante Therapie:

- Formular verbleibt in der Praxis -

Gesundheitszentrum Harlekin e. K. Björn Uhlhorn

Beginenhof 1-7 | 28201 Bremen

Tel.: 0421 – 59 76 70 0 | physio@gzh-bremen.de | www.gzh-bremen.de