

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
Status	Datum



ErgoSitz GmbH

c/o PhysioRehaMed Konstanz

c/o Wollmatingerstraße. 22

Mail: Kontakt@physiorehamed.ch

Telefon: +49 (0) 75 31 / 69 73 255

Patientenfrage Bogen +

Anmeldung, Seite 2. Ende

Fragebogen zur gesundheitlichen Situation und Vorgeschichte PT B

A

Persönliche Angaben

Telefon (tagsüber)	Fax	E-Mail
Körpergröße (in cm)	Gewicht (in kg)	Berufliche Situation
<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich		

B

Aktuelle Gesundheitssituation

Aktuelle Beschwerden am Bewegungsapparat

Welche Therapien wurden in den letzten 12 Monaten aufgrund der aktuellen Beschwerden am Bewegungsapparat durchgeführt?

Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	
Physikalische Therapie (z. B. Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	
Operationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	
Sonstige Therapien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Welche	
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	
Fühlen Sie sich normal leistungsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	
Können Sie im Alltag Ihre Aufgaben uneingeschränkt ausführen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	
Schlafen Sie gut?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Warum	

Gesamte Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate aufgrund von Beschwerden am Bewegungsapparat

☐ Keine
 ☐ Bis zu 1 Woche
 ☐ Bis zu 6 Wochen
 ☐ Mehr als 6 Wochen

Begleiterkrankungen	Seit wann	Welche
<input type="checkbox"/> Kiefer		
<input type="checkbox"/> Rheuma		
<input type="checkbox"/> Rücken/ Wirbelsäule		
<input type="checkbox"/> Arthrose		
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche		
<input type="checkbox"/> Lähmungen		
<input type="checkbox"/> Schwindel/Übelkeit		

C

Unterschrift Patient

Datum	Ort	Unterschrift