



Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Gürdal Özkes

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Facharztpraxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin Gürdal Özkes.

Bevor wir mit der ärztlichen Untersuchung beginnen können, benötigen wir folgende Angaben von Ihnen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich nach dem Bundesdatenschutzgesetz vertraulich behandelt.

Bitte füllen Sie Ihren persönlichen Aufnahmebogen in Ruhe aus. Wir helfen Ihnen gerne weiter, wenn Sie Fragen dazu haben.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Hausarzt: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

eMail Adresse: _____ Beruf: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

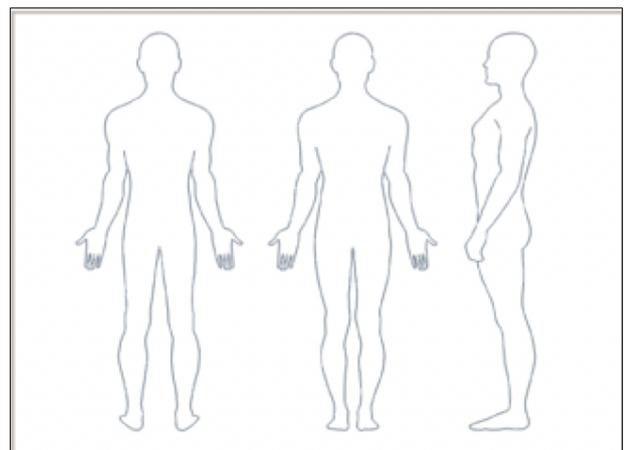
Medikamente, die sie derzeit einnehmen

Blutverdünner: Ja Nein

Allergien Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Wo haben Sie Beschwerden?

Bitte kennzeichnen Sie die schmerzhaften Bereiche an den Figuren.



Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Seit:

_____ Tagen _____ Wochen _____ Jahren

Beginn allmählich Beginn plötzlich

Bitte ordnen Sie Ihre Schmerzstärke anhand einer Zahl

„0“ keine Schmerzen, „10“ stärkste Schmerzen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Was halten Sie für die Ursache Ihrer Beschwerde?

Die Schmerzen werden stärker, besonders:

bei Belastung nach Belastung in Ruhephasen Anlaufschwierigkeiten

sitzen stehen gehen liegen Treppensteige

Waren Sie wegen dieser Beschwerden schon in einer Behandlung?

Ja Nein

Welche Behandlung wurde bereits durchgeführt

Medikamente Spritzen Krankengymnastik Reha

Akupunktur Schmerztherapie Andere: _____

Hatten Sie (orthopädische) Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Sport: _____

Hobbies: _____

Haben Sie momentan außergewöhnliche soziale/ berufliche/ familiäre Belastungen? Wenn ja, welche?

(z.B. Pflege von Angehörigen, Mobbing, usw.)

Art der Erkrankung	ja	nein	Ergänzung
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tumor-/Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk-/Wirbelsäulenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose / Osteopenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber-/Gallenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seelische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankung des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schrittmacher- Implantate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Andere wesentliche Erkrankung: _____

Raucher/in: ja nein Wenn ja, wieviele: _____

Werl, _____
Unterschrift Patient/in/Vertretungsberechtigte

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr Praxisteam