

Kurzanamnese

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Bogen auszufüllen. Ihre Angaben helfen dabei, die Therapie optimal auf Ihre persönlichen Ziele und Bedürfnisse abzustimmen.

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Medizinische Angaben

Diagnose: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Aktuelle Situation

Was bereitet Ihnen im Alltag derzeit die größten Schwierigkeiten?

Was möchten Sie durch die Therapie wieder besser können?

Welches persönliche Ziel ist Ihnen im Moment am wichtigsten?

Hilfsmittel

- ☐ keine
 - ☐ Gehstock
 - ☐ Rollator
 - ☐ Rollstuhl
 - ☐ Orthese
 - ☐ Sonstiges: _____
-

Aktuelle Therapien

- ☐ Physiotherapie
 - ☐ Ergotherapie
 - ☐ Logopädie
 - ☐ Keine
 - ☐ Sonstige (Reha, Neuropsychologie...)
-

Weitere wichtige Informationen

(z. B. Schmerzen, Stürze, Medikamente oder andere Hinweise)

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zur Vorbereitung meiner physiotherapeutischen Behandlung verarbeitet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____