

Anamnesebogen

Um Sie optimal behandeln zu können, benötige ich Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.



MMag. Wojciech Rybarczyk

Praxis:
Laaer Straße 14/18
2100 Korneuburg

Kontakt:
+43 676 42 01 145
praxis@physio-wojtek.at
www.physio-wojtek.at

Vorname, Familienname

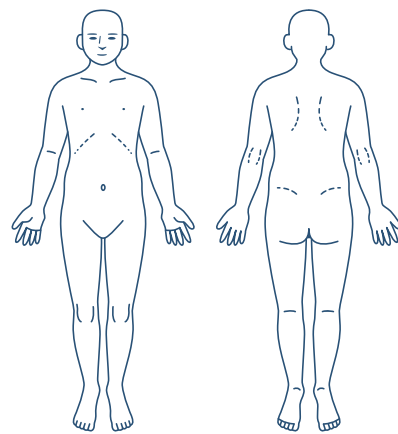
Geburtsdatum

Ausgeübte berufliche Tätigkeit

Ausgeübte Hobbies/Sportarten

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte zeichnen Sie hier Ihre Beschwerdezone(n) ein:



2. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

3. Wie sind Ihre Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Alltagsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Probleme beim Gehen |
| <input type="checkbox"/> Missempfindungen
(Kribbeln, Taubheit) | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| | <input type="checkbox"/> Kraftverlust |

Bei Schmerzen bitte die Stärke angeben:

Momentan: (1–10) Maximal: (1–10)

4. Gibt es Vorerkrankungen, Unfälle, Operationen?

5. Gibt es weitere Erkrankungen?

- Osteoporose Diabetes Bluthochdruck Krebsgeschwulst Herzerkrankung Lungenerkrankung
 Nervenerkrankung Schilddrüsenerkrankung
 Andere:

6. Nehmen Sie Medikamente in Bezug auf Ihre Beschwerden?

7. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

8. Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bisher durchgeführt?

- Röntgen Computertomographie (CT) Magnetresonanztomographie (MRT) Spritze Massage Physiotherapie
 Andere:

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntniss, dass ich die AGB gelesen habe. Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten der Behandlung tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe.

Ort, Datum

Unterschrift