

Screeningbogen



Liebe*r Patient*in,

Um eine **sichere und erfolgreiche physiotherapeutische Behandlung** gewährleisten und **andere Beschwerdeursachen ausschließen** zu können, bitten wir Sie, folgenden **Fragebogen auszufüllen** und zu Ihrem **nächsten Termin mitzubringen**.

Ihre Angaben unterliegen der **therapeutischen Schweigepflicht**. Sollte aus unserer Sicht eine weitere ärztliche Abklärung notwendig sein, kontaktieren wir Ihre behandelnde Ärztin / Ihren behandelnden Arzt nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten, indem Sie das entsprechende **Kästchen ankreuzen** oder die **Antwort** in das dafür vorgesehene **Textfeld schreiben**.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese bitte mit einem **Fragezeichen**. Die offenen Fragen sowie die Ergebnisse des Bogens besprechen wir in der Therapie mit Ihnen.

Name: _____

Datum: _____

A. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie entweder ja oder nein ankreuzen.		
	ja	nein
1. Haben Sie <u>anhaltende</u> Schmerzen, die auch in Ruhe oder bei Lageänderungen nicht abnehmen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie <u>ausschließlich</u> nachts Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie <u>ausschließlich</u> in Ruhe Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben sich Ihre Schmerzen seit Beginn stetig verstärkt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet an Gewicht verloren (mehr als 5 kg / Monat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen oft niedergeschlagen , schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie in den letzten Wochen ohne erkennbaren Grund Fieber bzw. haben Sie nachts stark geschwitzt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie kürzlich einen Unfall / eine Verletzung , welche/r ungewöhnliche bzw. unklare Beschwerden nach sich zog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hatten / Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Infektion oder eine Operation / Injektion (Spritze) erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie bei körperlicher Anstrengung Brustschmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie in den letzten 4 Wochen wenig Interesse / Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Nehmen oder nahmen Sie dauerhaft Kortikosteroide (z.B. Cortison, Cortisol, Prednison per Prednisolon) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Nun folgen einige Zusatzfragen. Sie brauchen nur die Fragen zu beantworten, die sich auf die Körperregion beziehen, in der Sie Ihre Beschwerden haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen, indem Sie entweder ja oder nein ankreuzen.

B1. Zusatzfragen bei Beschwerden im Bereich der Hals- und / oder Brustwirbelsäule

	ja	nein
1. Haben Sie an sich Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit, Bewusstseinsminderung, Schläfrigkeit oder erhöhte Reizbarkeit bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter Schwindel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Ohrgeräusche / Tinnitus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Kiefergelenks- und / oder Schluckbeschwerden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Missempfindungen (z. B. Ameisen- / Wasserlaufen am Rücken, Kribbelgefühle in den Beinen, das Gefühl „auf Watte zu gehen“, ein „elektrisierendes Gefühl“ in Armen, Beinen oder Rumpf bei Kopfbewegungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie an sich eine Gangunsicherheit wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie unter Sprachstörungen (z.B. Wortfindungsstörungen, verwaschene Sprache)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leiden Sie unter Sehstörungen (z.B. Doppelbilder, verschwommenes Sehen, schwarze Punkte, Lichtblitze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2. Zusatzfragen bei Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des Beckens

	ja	nein
1. Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie ein Taubheitsgefühl an den Oberschenkelinnenseiten und / oder im Urogenitalbereich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie einen deutlichen Kraftverlust in beiden Beinen bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie unter einer deutlichen Gangunsicherheit (z.B. Stolpern, Wegknicken eines Beines)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Zusatzfragen bei Beschwerden im Bereich der Arme und Hände

	ja	nein
1. Sind Sie in den letzten 6 Monaten auf Ihre Hand gestürzt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie unter plötzlichen Funktionsverlusten der Hand (z.B. plötzliches Fallenlassen von Gegenständen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B4. Zusatzfrage bei Beschwerden im Bereich der Beine und Füße

	ja	nein
1. Leiden Sie beim Gehen unter einem wiederholten plötzlichen Kontrollverlust / Wegknicken eines oder beider Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Bitte kreuzen Sie an, ob folgende Krankheiten / Beschwerden bei Ihnen vorliegen. Geben Sie dabei bitte auch an, ob diese ärztlich behandelt wurden / werden.

	liegt vor	ärztlich behandelt	liegt nicht vor
1. Diabetes („Zuckerkrankheit“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osteoporose („Knochenschwund“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rheumatische Erkrankung (ärztlich diagnostiziert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arteriosklerose („Arterienverkalkung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Blutgerinnungsstörungen (z.B. „Bluterkrankheit“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bluthochdruck (über 140 / 90 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kopfschmerzen (regelmäßig, dauerhaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schwindel, Übelkeit und / oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Herzerkrankungen (z.B. Rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Depressionen / Burnout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Organstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hepatitis („Leberentzündung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gut- oder bösartige („Krebs“) Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andere Leiden oder Krankheiten: Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kennen Sie (ansonsten) einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können? Falls ja: Welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Bitte notieren Sie, welche Medikamente Sie warum und seit wann einnehmen.

Medikament	Einnahmegrund	Einnahmedauer

Bei einer Vielzahl von Medikamenten bringen Sie bitte Ihren aktuellen Medikamentenplan zur Kopie mit.

E. Bitte kreuzen Sie an, ob folgende Erkrankungen in Ihrem engeren Familienkreis (Eltern, Geschwister) aufgetreten sind.

	ja	nein
1. Arteriosklerose („Arterienverkalkung“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osteoporose („Knochenschwund“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden bzw. Ihrer Erkrankung mitteilen möchten? Wenn ja, was?

Wichtige Information gemäß §630 BGB - Patientenrechtegesetz (PRG):

Das PRG sieht vor, dass Sie über die Behandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, zu erwartende Erfolgsaussichten und mögliche Risiken sowie Alternativen aufzuklären sind.

Damit wir dies und den Erfolg der Therapie ermöglichen können, ist es notwendig, dass Sie die ausgehändigten Fragebögen ausfüllen, die therapeutischen Ratschläge umsetzen und aktiv mitarbeiten.

Die häufigsten Risiken der Physiotherapie sind in der Regel eine kurzfristige Symptomverstärkung, „Muskelkater“, zeitweilige Ermüdung und ein ausbleibender Therapieerfolg.

Darüber hinaus weisen wir Sie, als gesetzlich versicherte*n Patientin / Patienten im Alter über 18 Jahren, gemäß PRG darauf hin, dass Sie für ärztlich verordnete Therapie-maßnahmen eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro plus 10% des Rezeptwertes bezahlen müssen, insofern Sie nicht ausdrücklich von dieser befreit sind.

Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf eine weitere mündliche Aufklärung gemäß §630c Abs. 4 BGB.

Hiermit bestätige ich, dass ich den vorliegenden Fragebogen vollständig und mit bestem Wissen ausgefüllt habe.

Mit der Unterschrift bestätigen Patient*in und Physiotherapeut*in, dass alle Fragen und Unklarheiten des Screeningbogens besprochen und geklärt wurden.

Datum

Unterschrift Patient*in

Unterschrift Therapeut*in