

Fragebogen zu PhysioPlus

Wir freuen uns, dass Sie durch die Teilnahme an einem KKH Gesundheits-Check einen aktiven Beitrag zum Erhalt Ihrer Gesundheit leisten wollen. Damit sich der durchführende Physiotherapeut oder die durchführende Physiotherapeutin im Beratungsgespräch optimal auf Ihren gesundheitlichen Bedarf und Ihre individuellen Bedürfnisse einstellen kann, bringen Sie bitte nachfolgenden Fragebogen – ergänzt um Ihre persönlichen Angaben – zum Check-up-Termin mit.

Angaben des Versicherten

Alter: _____ Jahre Beruf: _____

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich täglich? _____ Stunden

Welche dieser Merkmale treffen auf Ihre Arbeit zu?

- Überwiegend sitzende Tätigkeit
- Einseitige Körperhaltung (z. B. gebeugt)
- Körperlich anstrengend (z. B. Tragen und Heben schwerer Lasten)
- Hohe Stressbelastung
- Keines dieser Merkmale, sondern: _____

Treiben Sie Sport?

- Nein
- Ja Welche Sportart(en)? _____

Falls ja, wie oft?

- Weniger als einmal die Woche
- 1-mal pro Woche
- 2- bis 3-mal pro Woche
- Mehr als 3-mal pro Woche

In welchem Umfang je Einheit?

- Unter 30 Min.
- Mind. 30 Min. bis 60 Min.
- Mind. 60 Min. bis 90 Min.
- Mehr als 90 Min.

Was kennzeichnet Ihren Alltag (Mehrfachantworten möglich)?

- Ich bewege mich viel und oft
- Ich nutze jede Gelegenheit zur Bewegung (z. B. Treppensteigen, zu Fuß gehen, Gartenarbeit, Radfahren)
- Ich komme kaum dazu, mich zu bewegen
- Ich habe wenig Lust, mich zu bewegen
- Ich fühle mich häufig überfordert/gestresst

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen werden ausschließlich im Rahmen des Gesundheits-Checks durch die Physiopraxis genutzt. Sie werden nicht an die KKH weitergegeben.

Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand auf einer Skala von 0 (sehr gut) bis 10 (sehr schlecht)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

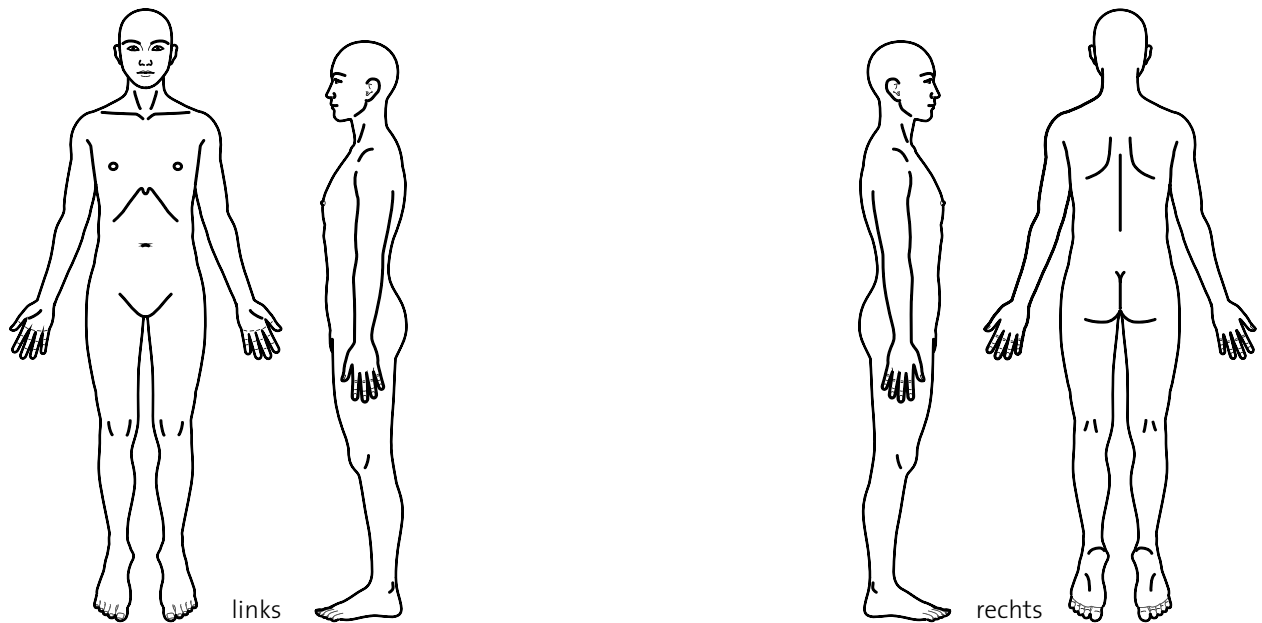
Haben Sie akute Beschwerden im Bereich ...

Schulter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nacken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rücken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Becken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie ständig wiederkehrende Schmerzen, sind momentan aber beschwerdefrei?

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja

Falls Sie akute oder wiederkehrende Beschwerden/Schmerzen haben, dann bitte in der Zeichnung eintragen:



Wie beurteilen Sie die Schmerzintensität auf einer Skala von 0 (schwach) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie bitte Ihre Erwartungshaltung an den Physiotherapeuten:
