

Fragebogen zu PhysioPlus

Wir freuen uns, dass Sie an unserem Gesundheits-Check teilnehmen möchten – so tragen Sie aktiv zum Erhalt Ihrer Gesundheit bei. Es ist uns wichtig, dass die physiotherapeutische Beratung zu Ihnen und Ihren gesundheitlichen Bedürfnissen passt. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen aus und bringen Sie ihn zum Check-up-Termin mit.

Ihre persönlichen Angaben

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 pro Woche?

- Weniger als 1-mal
- 1-mal
- 2- bis 3-mal
- Mehr als 3-mal

Wie viele Minuten dauert eine Einheit?

- Unter 30
- 30 bis 60
- 60 bis 90
- Mehr als 90

Wie sieht Ihr Alltag aus? (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 fit sind Sie auf einer Skala von 0 (sehr fit) bis 10 (nicht fit)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

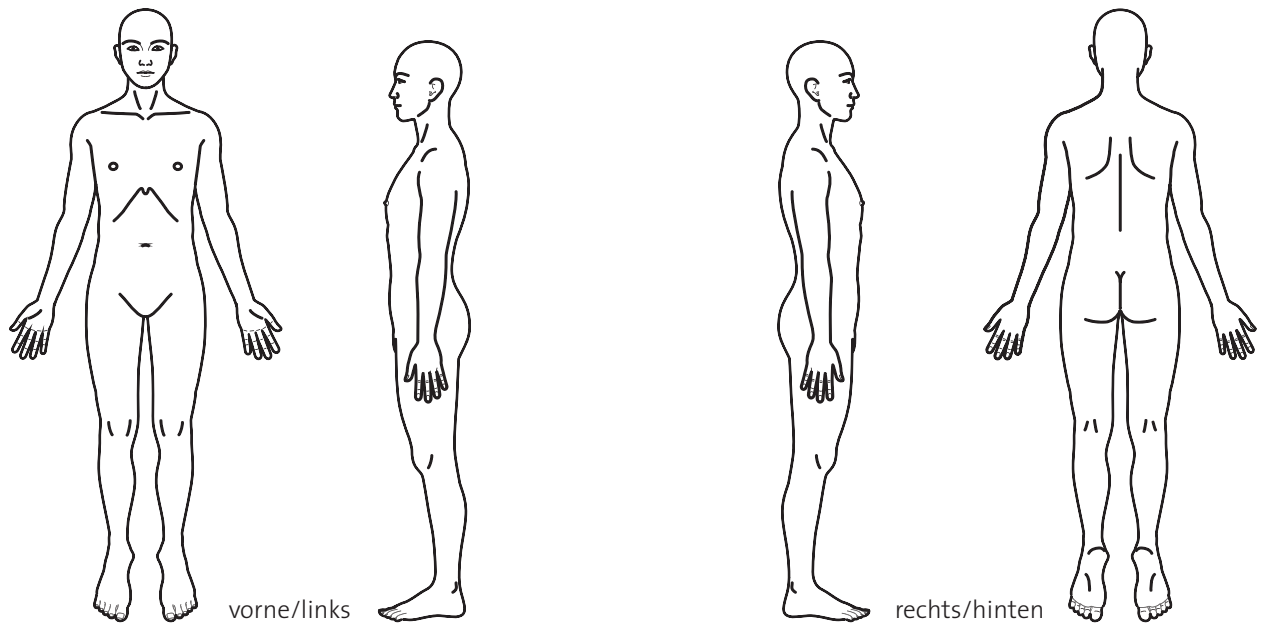
Haben Sie akute Beschwerden in den folgenden Bereichen?

Schulter Ja Nein
Nacken Ja Nein
Arme Ja Nein
Rücken Ja Nein
Becken Ja Nein
Beine Ja Nein

Haben Sie ständig wiederkehrende Schmerzen, sind momentan aber beschwerdefrei?

Nein
 Ja

Falls Sie akute oder wiederkehrende Beschwerden/Schmerzen haben, markieren Sie die betroffenen Körperstellen bitte in der Zeichnung:



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

Welche Erwartungen haben Sie an die physiotherapeutische Beratung?
