

# Aufnahmebogen - Neurologie

Liebe Patienten,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

## Allgemeine Fragen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

- Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_
- Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? \_\_\_\_\_
- Welche Hobbys führen Sie regelmäßig aus? \_\_\_\_\_

## Diagnoseinformationen

- Welche neurologische Erkrankung liegt bei Ihnen vor? (z.B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, usw.)  
\_\_\_\_\_

- Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie aktuell an anderen Therapien teil? (z.B. Ergotherapie, Logopädie, ...)  Ja  Nein

Falls Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Spezielle Fragen

- Welche Einschränkungen belasten Sie aktuell? (Mehrfachauswahl möglich)

Schwäche in Armen/Beinen

Lähmung

Kribbeln/ Taubheitsgefühl

Koordinationsstörungen

Gleichgewichtsstörungen / Unsicherheit beim Gehen

Schwierigkeiten beim Greifen/ Schreiben/ Knöpfe zu machen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihr größtes Problem kurz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nutzen Sie folgende Hilfsmittel? (Mehrfachauswahl möglich)

Gehstock

Rollator

Rollstuhl

Orthesen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann nutzen Sie diese Hilfsmittel? \_\_\_\_\_

- Können Sie selbstständig die Treppe laufen?  Ja  Nein

- Haben Sie in letzter Zeit Stürze oder Gleichgewichtsstörungen erlebt?  Ja  Nein

Falls Ja, in welchen Situationen? \_\_\_\_\_

- Wie stark fühlen Sie sich im Alltag durch Müdigkeit oder Erschöpfung eingeschränkt?

(Skala 0-10 / 0 = keine Einschränkung / 10= maximale Einschränkung) \_\_\_\_\_

- Sind Ihnen in letzter Zeit Sehstörungen aufgefallen? (z.B. Doppelbilder)  Ja  Nein

### Zusätzliche Fragen

- Gibt es bei Ihnen weitere bekannte Erkrankungen?  Ja  Nein

Falls Ja, welche? \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Falls Ja, welche? \_\_\_\_\_

### Therapieziele

Welche Ziele möchten Sie mit der Physiotherapie erreichen?

---

---

**Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!**