

## Aufklärungsbogen

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

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

**Bitte kreuzen Sie an bzw. unterstreichen Sie, welche Beschwerden bei Ihnen vorliegen:**

- Allergien (z. B. Latex, Vinyl.....), wenn ja welche:

\_\_\_\_\_

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen  
 Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Diabetes, andere...)  
 Osteoporose, Osteopenie  
 Kortisonpflichtige Erkrankungen (z. B. Rheumatische Arthritis, Asthma bronchiale, andere...)  
 Krebserkrankung aktuell bzw. in der Vergangenheit  
 Gewichtsverlust, eingeschränkter Allgemeinzustand  
 Schlafanfall, Aneurysma  
 Neurologische Symptome (z. B. Kribbeln / Taubheit / Kraftverlust / Schwindel)  
 Durchgeführte Operationen, wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

- Haben Sie sonstige **Erkrankungen**, wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

- Bitte tragen Sie ein, welche **Medikamente** Sie regelmäßig einnehmen:

\_\_\_\_\_

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Reaktionen auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihre/n Therapeut\*in!  
Wurden Sie von Ihrem Arzt über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie in unserem Hause informiert?

Ja

Nein

Einwilligung: Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen, wahrheitsgemäß beantwortet und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Neusäß, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient