



Fragebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

Allgemeine Informationen

Name	_____	Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verpartnert <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> anderes: _____		
Kinderzahl	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> mehr
Wie ist Ihre berufliche Situation?	_____				
Wie ist Ihre soziale Vernetzung?	_____				
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Erdgeschoss <input type="checkbox"/> Aufzug	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> 1. Etage <input type="checkbox"/> Treppen	<input type="checkbox"/> anderes: _____ <input type="checkbox"/> 2. Etage <input type="checkbox"/> anderes: _____	<input type="checkbox"/> anderes: _____	_____

Krankengeschichte

Diagnose	<input type="checkbox"/> MG	<input type="checkbox"/> LEMS	<input type="checkbox"/> CMS	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Wann wurde Ihre Diagnose gestellt?	_____				
Medikation	<input type="checkbox"/> Pyridostigmin	<input type="checkbox"/> Immunsuppressive Therapie	<input type="checkbox"/> andere: _____	_____	
Hatten Sie myasthene Krisen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, eine	<input type="checkbox"/> Ja, mehrmals		
Wenn Sie bereits myasthene Krisen hatten, wann war Ihre letzte Krise?	_____				
Leiden Sie unter Fatigue?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ich bin mir nicht sicher		
Haben Sie weitere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe:	_____	_____ _____ _____	
Hatten Sie Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Thymektomie	<input type="checkbox"/> andere: _____	_____ _____	

Alltagsbewältigung

- Körperpflege** selbständig mit Unterstützung anderer mit Hilfsmitteln
- Anziehen** selbständig mit Unterstützung anderer mit Hilfsmitteln
- Einkaufen** selbständig mit Unterstützung anderer mit Hilfsmitteln
- Kochen** selbständig mit Unterstützung anderer mit Hilfsmitteln
- Haushalt** selbständig mit Unterstützung anderer mit Hilfsmitteln

Gehfähigkeit  |-----|-----|-----|-----| 

Treppensteigen  |-----|-----|-----|-----| 

Radfahren  |-----|-----|-----|-----| 

Autofahren  |-----|-----|-----|-----| 

Haben Sie Kaubeschwerden? Nein Ja, manchmal Ja, oftmals oder dauerhaft

Haben Sie Schluckbeschwerden? Nein Ja, manchmal Ja, oftmals oder dauerhaft

Haben Sie Kontinenzprobleme? Nein Ja, manchmal Ja, oftmals oder dauerhaft

Sport und Freizeit

Welche sportlichen Aktivitäten haben Sie vor Krankheitsbeginn ausgeübt? _____

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie jetzt aus? _____

An wie vielen Tagen pro Woche sind sie sportlich aktiv? 1 – 2 Tage 3 – 4 Tage 5 – 6 Tage
 täglich unregelmäßig gar nicht

Was sind Ihre derzeitigen Freizeitaktivitäten? _____

Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit?

 |-----|-----|-----|-----| 

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer gesundheitlichen Situation insgesamt?

 |-----|-----|-----|-----| 

Therapien

Wie häufig erhalten Sie aktuell folgende Therapien?

Physiotherapie: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Wie lang erhalten Sie die folgenden Therapien schon?

Physiotherapie: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Welche Therapien hatten Sie bisher? _____

Wie lang hatten Sie diese Therapien? _____

Welche Therapie hat Ihnen geholfen? _____

Entspannung

Mit welchen Entspannungsmethoden haben Sie bereits Erfahrung?

Atemtherapie

Yoga

progressive Muskelentspannung

Autogenes Training

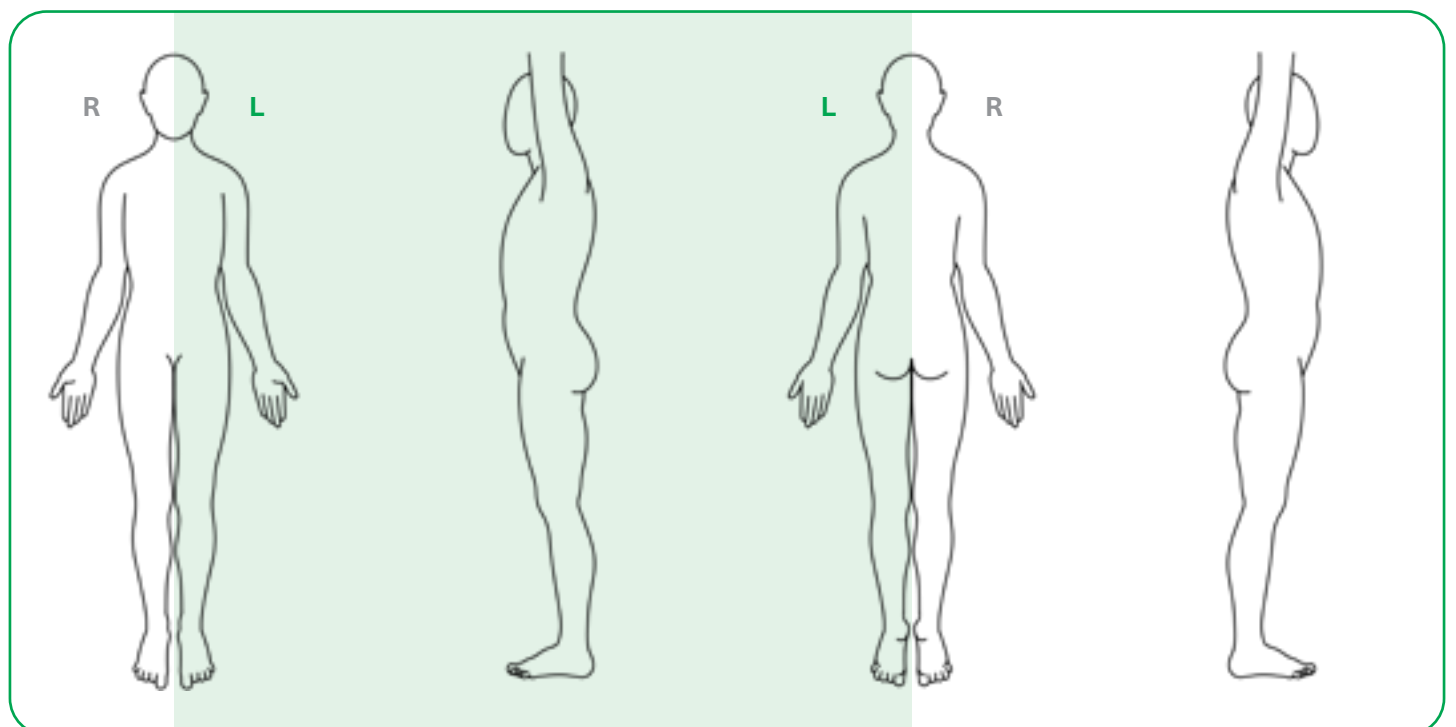
Meditation

andere: _____

Schmerzen und Verspannungen

Bitte zeichnen Sie ein, wo sie Schmerzen oder Verspannungen verspüren.

Bezeichnen sie die von Ihnen eingezeichneten Bereiche mit (S) für Schmerzen und (V) für Verspannungen.



Persönliche Ziele

Was sind Ihre kurzfristigen Ziele? _____

Was sind Ihre langfristigen Ziele? _____

Feedback zum Fragebogen (optional)

Wie fanden Sie diesen Fragebogen insgesamt?





Wie verständlich waren die Fragen für Sie?





Wie lesbar war der Text für Sie?





Fehlen Ihnen wichtige Fragen oder gab es andere Probleme mit dem Fragebogen? _____

Deutsche Myasthenie Gesellschaft e. V.

Adresse:

Westerstraße 93
28199 Bremen

E-Mail:

info@dmg.online

Telefon:

0421 592060

Internet:

www.dmg.online

