

Um die Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) für Sie so gewinnbringend wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie schon vorab folgende Fragen zu beantworten und diesen Bogen auszufüllen. Sie erleichtern den Ablauf wesentlich durch das Ausfüllen dieses Formulars. Entsprechend mehr Zeit bleibt dann für Ihre Fragen, die eingehende Befundung und die Planung der EAP. **Den Selbstauskunftsbogen und eventuelle OP- und Arztberichte zu Ihrem Arbeitsunfall oder Ihrer Berufserkrankung schicken oder mailen (eap@tagesklinik-am-kurpark.de) Sie uns bitte vor Beginn der EAP zu. Vielen Dank!**

Unfall- oder berufserkrankungsrelevante Facharzttermine (z. B. Wiedervorstellung, Weiterbehandlung) **und Gerichtstermine können bei der Terminplanung berücksichtigt werden. Bitte bringen Sie diese Daten zum Aufnahmetag mit.**

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Telefon/Handy-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Notfallkontakt (Name und Telefon-Nr.): _____
(wird nur kontaktiert, falls während Ihrer Behandlung ein Notfall eintritt)

Beruf: _____ Nebenberuf: _____

Arbeitsweg: PKW Fahrrad zu Fuß ÖPNV

Ergänzende Infos zum Arbeitsweg (z. B. Dauer in Minuten, Strecke in km, aktuelle Hürden wie Treppen o.ä.): _____

2. Angaben zum Unfall, der die EAP begründet

Unfalltag: _____ ggf. OP-Datum: _____

Behandelnde durchgangsärztliche Praxis (D-Arzt/D-Ärztin): _____

Bislang erfolgte Maßnahmen (wie Krankenhausaufenthalt, ambulante/stationäre Reha, Physiotherapie o.ä.):

Limitierungen/Nachbehandlungsschema: _____

3. Aktuelle Medikation

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Medikamente bei Bedarf:

4. Weitere EAP-relevante Erkrankungen / Risikofaktoren / Verletzungen / Operationen / Vorerkrankungen

Kinderkrankheiten: ja, welche _____

nicht erinnerlich mit Auswirkungen ohne Auswirkungen

Bluthochdruck/art. Hypertonie: nein ja medikamentös behandelt

Koronare Herzkrankheit: nein ja

Herzrhythmusstörungen: nein ja, welche _____

Hepatitis: nein ja, welche _____

HIV: nein ja

Diabetes mellitus: nein ja Typ I Typ II tablettspflichtig

insulinpflichtig

Sonstige Erkrankungen:

Risikofaktoren

Allergien: nein ja, welche _____

Verletzungen und Operationen

Verletzungen mit Jahreszahl: _____

Operationen mit Jahreszahl: _____
