

Fragebogen: Ihre Erwartungen an die Therapie

Name: _____

Datum: _____

Behandler:in: _____

1. Was erwarten Sie von der Therapie?

- ☐ Schmerzfreiheit
 - ☐ Mehr Beweglichkeit
 - ☐ Mehr Ausdauer und Kraft
 - ☐ Alltagsfunktionen verbessern (z.B. Treppen gehen, Anziehen)
 - ☐ Selbstständigkeit zurückgewinnen
 - ☐ Anderes: _____
- _____

2. Was möchten Sie bis zum Ende der Therapie erreicht haben?

3. Wie viel Zeit können oder möchten Sie außerhalb der Therapie für Ihr Ziel investieren?

- ☐ Tägliches Üben ist für mich machbar
- ☐ Zwei- bis dreimal pro Woche üben ist realistisch
- ☐ Ich brauche Unterstützung beim Üben
- ☐ Ich kann außerhalb der Praxis wenig tun

4. Gibt es etwas, worüber wir unbedingt sprechen sollten?

5. Gibt es Erfahrungen mit Therapie, die für uns wichtig sind?

- ☐ Ja Welche? _____
- ☐ Nein
- ☐ Unsicher

Vielen Dank! Ihre Antworten helfen uns, die Therapie bestmöglich auf Sie abzustimmen.

Ihr Therapeutinnen-Team

Physiotherapie Allerheiligen

Simone Peters

Horremer Str. 13

41470 Neuss