

Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Ziel ist, Sie optimal zu behandeln. Deshalb benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Angaben werden elektronisch gespeichert und vertraulich behandelt. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse _____ Beihilfe _____

Geburtsdatum _____ Hausarzt _____

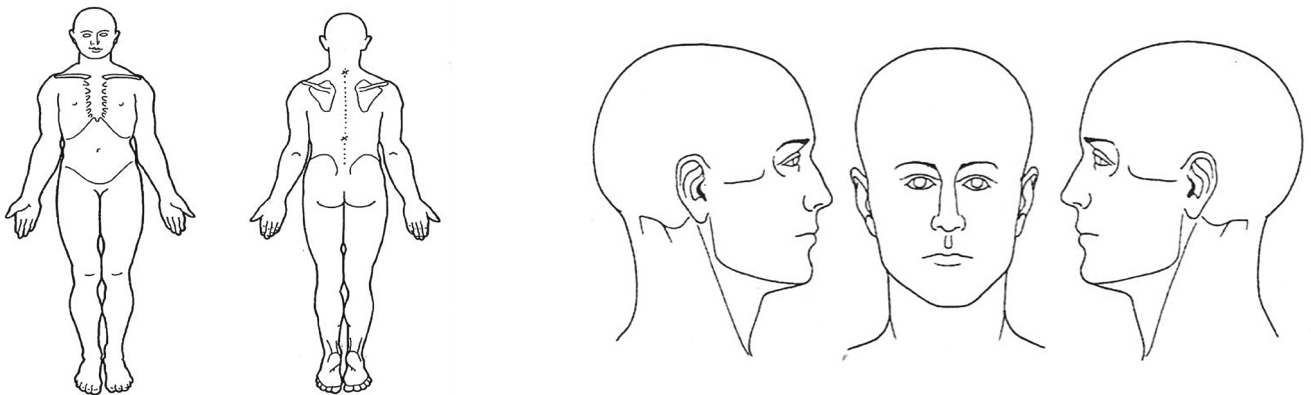
Beruf _____ Sport | Hobby _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

**Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen.
Nicht rechtzeitig abgesagte Termine stellen wir Ihnen in Rechnung.**

► Datum _____ Unterschrift _____

1. **Wo** haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen)



2. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____
3. Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? (Sturz | Unfall, etc.)* _____
4. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? **Ja** **Nein**
5. Ist Ihre **Sensibilität** verändert (z. B. Kribbelerscheinungen, Taubheit)? **Ja** **Nein**
6. Haben Sie einen **Kraftverlust**? **Ja** **Nein**
7. Was bereitet Ihnen im **Alltag Beschwerden**? _____

Bitte wenden...
* Zutreffendes gerne einkreisen

8. **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____
9. Was **verbessert** Ihre Beschwerden? (Aktivität | Ruhe | Stehen | Sitzen | Liegen | Gehen, etc.)*

10. Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden? (siehe oben)

11. Haben Sie **Schmerzen**? **Ja** **Nein**
12. **Wie stark** sind Ihre Schmerzen **momentan**? (bitte einkreisen)
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz
13. **Wie stark** sind Ihre Schmerzen **maximal**? (bitte einkreisen)
Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz
14. Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen) **permanent** | **mit Unterbrechungen**?
15. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen) .. **gleich bleibend** | **besser werdend** | **schlechter werdend**?
16. Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen) **Husten** | **Niesen** | **Pressen** | **Schlucken**?
17. Haben Sie **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen**? **Ja** **Nein**
18. Sind Sie **schwanger**? **Ja** **Nein**
19. Haben Sie **Kopfschmerzen**? **Ja** **Nein**
20. Leiden Sie unter Schwindel | Übelkeit | Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?* **Ja** **Nein**
21. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes** | **Rheuma** | **Osteoporose**?* ... **Ja** **Nein**
22. Haben Sie **Probleme mit den inneren Organen**
(z. B. Sodbrennen, Verstopfungen, etc.)? **Ja** **Nein**
23. Haben Sie **weitere Erkrankungen**
(z. B. Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Unwohlsein, etc.)? **Ja** **Nein**
24. Welche **Medikamente** nehmen Sie ein? _____
25. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? **Ja** **Nein**
Wann? _____ Welche? _____
26. Haben Sie **nachts Schmerzen**? **Ja** **Nein**
27. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? **Ja** **Nein**
Wann? _____ Welche? _____
28. Hatten Sie in den letzten Wochen **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? **Ja** **Nein**
29. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? **Ja** **Nein**
30. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, die mit dem Hauptproblem nicht im Zusammenhang stehen
(z. B. Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? **Ja** **Nein**
31. Haben Sie Angst, bzw. Bedenken, dass Belastung
oder Bewegung Ihrem Problem schadet? **Ja** **Nein**
32. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? **Ja** **Nein**
33. Welche **Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)
Röntgen | Computertomographie | Kernspintomographie (MRT) | Spritze | Massage | Physiotherapie
Anderes: _____
34. Was sind Ihre **Erwartungen und Ziele** für die Therapie? _____