

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
 unser Ziel ist es, Ihnen eine optimale Behandlung zu bieten. Hierzu benötigen wir vorab einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank.

Name: _____ **Vorname:** _____

Adresse (Straße u. Hausnummer, Ort): _____

Telefonnummer: _____

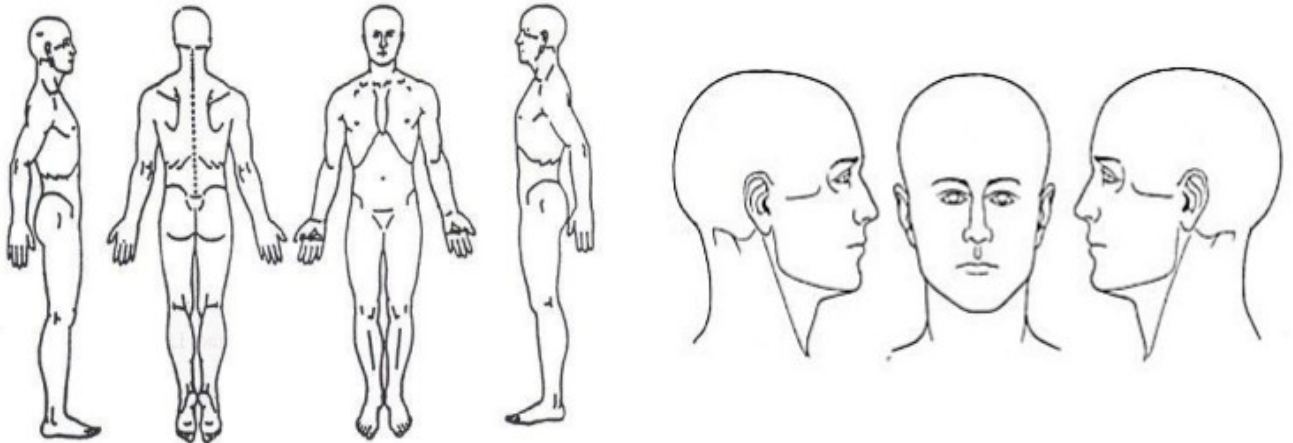
Email: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ **Hobby/Sport:** _____

1.) Welche Beschwerden liegen vor? _____

2.) Wo nehmen Sie Ihre Beschwerden wahr? (Bitte einzeichnen)



3.) Haben Sie Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell auf einer Skala von 0 bis 10? (Bitte einkreisen)
 (kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)

4.) Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

stechend brennend dumpf ziehend kribbelnd ausstrahlend krampfend

Wenn ausstrahlend, wohin strahlen Sie aus? _____

5.) Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____

6.) Sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? ja nein

Wenn nein, seit wann sind die Beschwerden bekannt? _____

7.) Wie stark sind Sie derzeit in Ihrem Alltag eingeschränkt? (Bitte einkreisen)

(keine Einschränkung) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (komplette Einschränkung)

In welchen Situationen genau? _____

8.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Operation, Unfall, Sturz...) ja nein

Wenn ja, was war der Auslöser? _____

9.) Haben Sie Einfluss auf Ihre Beschwerden? ja nein

Wenn ja, was bringt Verbesserung/Verschlechterung? _____

10.) Treten Ihre Beschwerden konstant auf? ja nein

Wenn nein, wann genau treten Ihre Beschwerden auf?

morgens nachts bei Belastung/Bewegung in Ruhe Anderer Zeitpunkt: _____

11.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln, Taubheit, Brennen...)? ja nein

Wenn ja, wie und wo? _____

12.) Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung...)? ja nein

Wenn ja, wie und wo? _____

13.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert (Bewegungseinschränkung)? ja nein

Wenn ja, wie und wo? _____

14.) Haben Sie sonstige Erkrankungen (Herzerkrankungen, Diabetes, Osteoporose, Tumorerkrankungen...)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

15.) Nehmen Sie derzeit Medikamente ein (Blutdruck, Schilddrüse, Blutverdünner...)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

16.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie sind bisher durchgeführt worden?

Röntgen MRT CT Spritzen Operationen Physiotherapie Training

Anderes: _____

Wenn ja, bringen Sie bitte die entsprechenden Berichte zum ersten Termin mit!

17.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele bezüglich der Therapie? _____
