

Anamnesebogen

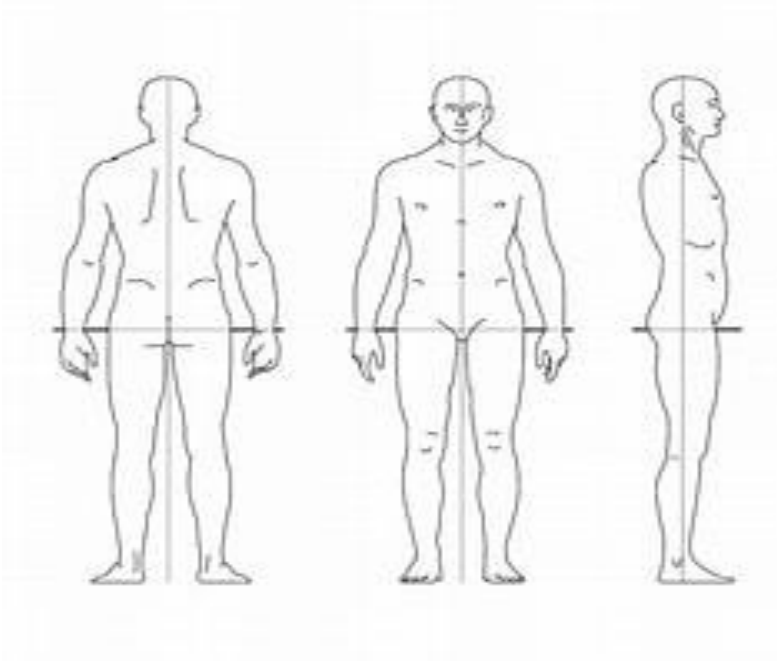
Um eine bestmögliche Therapie für Sie zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen zu beantworten. So gewinnen wir ein umfassendes Bild von Ihnen und können Ihre individuellen Bedürfnisse bestmöglich berücksichtigen.

Persönliche Daten

- **Datum:** _____
- **Name, Vorname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Telefonnummer:** _____
- **Mobil-Nummer:** _____
- **Adresse:** _____
- **E-Mail:** _____
- **Krankenkasse:** _____
- **Beruf:** _____
- **Sport/Hobby:** _____

Beschwerdebild

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



2. **Haben Sie Schmerzen?**

Ja
 Nein

3. **Ist Ihre Beweglichkeit verändert?**

Ja
 Nein

4. **Ist Ihre Sensibilität verändert** (Kribbeln, Taubheit)?

Ja
 Nein

5. **Ist Ihre Kraft verändert** (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

Ja
 Nein

6. **Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag?**

7. **Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?**

8. **Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden** (Sturz, Unfall, etc.)?

Ja
 Nein

Schmerzbeschreibung

9. **Was verbessert Ihre Beschwerden** (Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Stehen, Gehen etc.)?

10. **Was verschlechtert Ihre Beschwerden?**

11. **Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?**
(kein Schmerz) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (maximaler Schmerz)
12. **Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?**
(kein Schmerz) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (maximaler Schmerz)
13. **Haben Sie Ihre Schmerzen:**
 permanent
 mit Unterbrechung
14. **Sind Ihre Schmerzen:**
 gleichbleibend
 besser werdend
 verschlechternd
15. **Insgesamt wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen?**
 überhaupt nicht
 wenig
 mäßig
 stark
 äußerst stark

Zusätzliche Beschwerden

16. **Leiden Sie unter Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit?**
 Ja
 Nein
17. **Haben Sie Schmerzen beim:**
- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Niesen | <input type="radio"/> Pressen | <input type="radio"/> Schlucken |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Nein |
18. **Sind Sie schwanger?**
 Ja
 Nein
19. **Haben Sie Kopfschmerzen?**
 Ja
 Nein

Medizinische Vorgeschichte

20. Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten:

Asthma, Diabetes, Rheuma, Osteoporose?

Ja

Nein

Wenn ja, an welcher?

21. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)?

22. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

Ja

Nein

23. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen?

Ja

Nein

Wenn ja, was und wann?

24. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen

Computertomographie / Kernspintomographie

Spritze

Massage

Physiotherapie

25. Haben Sie sonstige Beschwerden, die nicht mit den Hauptbeschwerden im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz etc.)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

26. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

27. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet

Flyer

Anzeige