

# Anamnesebogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Die Angaben sind freiwillig, helfen uns aber die Behandlungsprozesse zu optimieren.


 **Bitte markieren Sie Ihre Auswahl!**

Nachname	Vorname
Geburtsdatum <input type="text"/>	Beruf
Hobby / Sport	
Ärztliche Diagnose / Operation:	

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

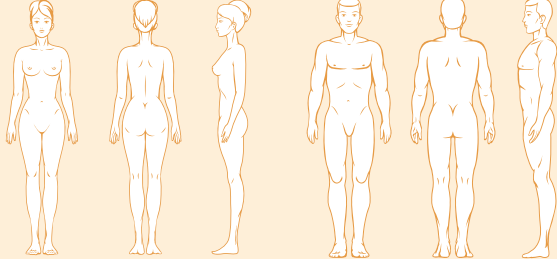
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Flyer
<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> Arzt

**In welcher Körperregion haben Sie Ihre Beschwerden?**

Oder:  **Keine Schmerzen!**  
→ Weiter auf Seite 2

**Bitte Schmerz-Zonen markieren:**

Umkringeln Sie alle Schmerzregionen bitte auf allen Ansichten (Front- / Rück- und Seitenansicht)



Ist Ihre Beweglichkeit verändert?  Ja  Nein

Ist Ihre Sensibilität verändert?  Ja  Nein  
(Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)

Ist Ihre Kraft verändert?  Ja  Nein

Ist Ihre Sensibilität verändert?  Ja  Nein  
(Kraftlosigkeit, Lähmung)

Was sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

Haben Sie permanente Beschwerden?  Permanent  Mit Unterbrechungen

Gab es einen Auslöser für die Beschwerden?  Sturz  Unfall  Überbelastung

Was verbessert Ihre Beschwerden?

<input type="radio"/> Aktivität	<input type="radio"/> Ruhe	<input type="radio"/> Liegen	<input type="radio"/> Sitzen
<input type="radio"/> Bücken	<input type="radio"/> Beugen	<input type="radio"/> Stehen	<input type="radio"/> Gehen
<input type="radio"/> Laufen	<input type="radio"/> Heben	<input type="radio"/> Tragen	<input type="radio"/> Greifen
<input type="radio"/> Arbeit	<input type="radio"/> Hobby	<input type="radio"/> Sport	<input type="radio"/> Überkopparbeit
<input type="radio"/> Aufstehen (vom Sitzen)	<input type="radio"/> Hand auf den Rücken		
<input type="radio"/> Sonstiges	<input type="text"/>		

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

<input type="radio"/> Aktivität	<input type="radio"/> Ruhe	<input type="radio"/> Liegen	<input type="radio"/> Sitzen
<input type="radio"/> Bücken	<input type="radio"/> Beugen	<input type="radio"/> Stehen	<input type="radio"/> Gehen
<input type="radio"/> Laufen	<input type="radio"/> Heben	<input type="radio"/> Tragen	<input type="radio"/> Greifen
<input type="radio"/> Arbeit	<input type="radio"/> Hobby	<input type="radio"/> Sport	<input type="radio"/> Überkopparbeit
<input type="radio"/> Aufstehen (vom Sitzen)	<input type="radio"/> Hand auf den Rücken		
<input type="radio"/> Sonstiges	<input type="text"/>		

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal?  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 



 **Bitte markieren Sie Ihre Auswahl!**

Haben Ihre **Schmerzen** im Verlauf der letzten 2 Wochen **zeitweise ausgestrahlt**?  Ja  Nein

Hatten Sie im Verlauf der letzten 2 Wochen teilweise an **anderen Stellen Schmerzen**?  Ja  Nein

Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?

Kribbeln  Piksen  Juckreiz  Taubheitsgefühl

Treten die folgenden **Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?

Brennen  schmerzhaftes Kälte-Gefühl  Elektrische Schläge

 **Keine Schmerzen? Dann geht es hier weiter:**  **Wenn Sie Schmerzen haben, bitte auch ausfüllen.**

Leiden Sie unter **Asthma, Diabetes, Osteoporose, Bluthochdruck** oder anderen Erkrankungen?

Ja   Nein

Nehmen Sie **Medikamente** ein (z.B. Kortison, Blutverdünner, Betablocker, Antiepileptika)?

Ja   Nein

Leiden Sie unter folgenden **Symptomen**?

Ja  Doppelbildern  Übelkeit  Gang-/Gleichgewichtsstörungen  Nein  
 Schwindel  Benommenheit  Schluckbeschwerden

Hatten Sie jemals einen **Tumor** und / oder eine **Krebserkrankung**?  Ja  Nein

Haben Sie **Kopfschmerzen** und / oder **nachts Schmerzen**?  Ja  Nein

Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**?  Ja  Nein

Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches / extremes Schwitzen**?  Ja  Nein

Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und / oder **Operationen**?  Ja  Nein

Haben Sie **sonstige Beschwerden** in Verbindung mit Ihren Hauptbeschwerden?  Nein

Ja  Seh-, Sprech-, Hörprobleme  Inkontinenz  Kurzatmigkeit  Leichte Blutergüsse  
 morgendliche Steifigkeit  Verstopfung  Krämpfe  Sonstiges:

Welche Maßnahmen zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?  Nein

Ja  Compuer-Tomographie (CT)  Röntgen  Physiotherapie  Training  
 Kernspin-Tomographie (MRT)  Spritze  Massage  Sonstiges:

Welche **Erwartungen / Ziele** haben Sie an die Therapie?



Datum /  
Unterschrift



Vielen Dank. Bitte mailen oder bringen Sie uns diesen Anamnesebogen vor Ihrem ersten Termin. Alternativ können Sie den Fragebogen auch zum ersten Termin mitbringen (Bitte 15 Minuten vor Termin in der Praxis sein).