

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name:

Vorname:

Adresse (Straße, Ort):

Mobil:

Telefon privat:

Email:

Hausarzt:

Versicherung (bitte einkreisen):

gesetzlich      privat      Beihilfe

Alter:

Beruf:

Sport/Hobby:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Telefonbuch

Internet

Flyer

Anzeige

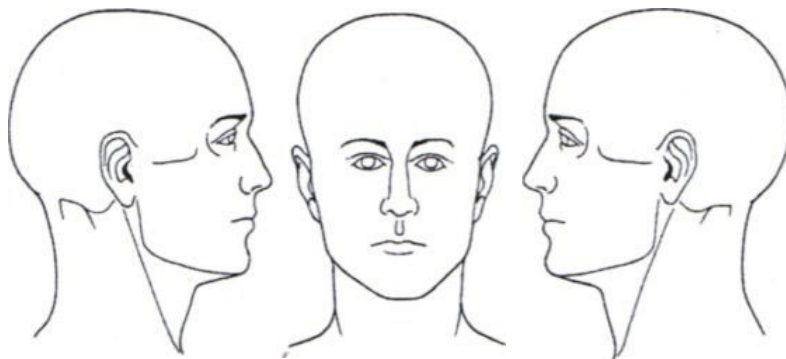
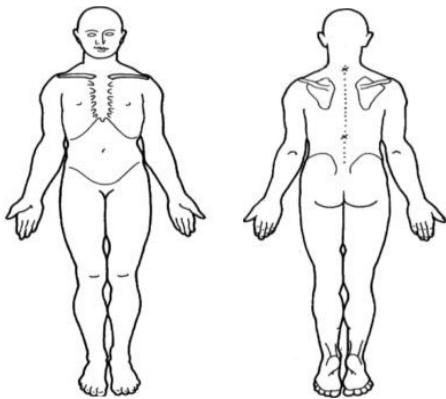
Empfehlung: Arzt:

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

1. Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?:



- |  |    |      |
|--|----|------|
| 2. Haben Sie Schmerzen?  | Ja | Nein |
| 3. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?   | Ja | Nein |
| 4. Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? | 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. Haben Sie Ihre Beschwerden:      permanent      mit Unterbrechungen                         |    |      |
| 9. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?                           | Ja | Nein |

10. Was verbessert bzw. was verschlechtert Ihre Beschwerden? Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopparbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts, sonstiges:

11. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell und maximal?

kein Schmerz                      maximaler Schmerz

12. Sind Ihre Beschwerden:            **besser werdend**                      **gleich**                      **schlechter werdend**                      **variabel**

13. Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**?                      Ja                      Nein

14. Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen?                      Ja                      Nein

15. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)?                      Ja                      Nein

16. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**?                      Ja                      Nein

17. Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerzen**?                      Ja                      Nein

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

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

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

21. Haben Sie **sonstige Beschwerden**? Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?                      Ja                      Nein

22. Im Verlauf der letzten **2** Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**.                      Ja                      Nein

23. Im Verlauf der letzten **2** Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**.                      Ja                      Nein

24. Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten **2** Wochen nur **kurze Strecken gegangen**.                      Ja                      Nein

25. Während der letzten **2** Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**.                      Ja                      Nein

26. Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv** zu sein.                      Ja                      Nein

27. Ich mache mir in den letzten **2** Wochen häufig **Sorgen**.                      Ja                      Nein

28. Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**.                      Ja                      Nein

29. Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache.                      Ja                      Nein

30. Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?  
überhaupt nicht                      wenig                      mäßig                      stark                      äußerst stark

31. Weist Ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf?  
Brennen:                      Ja                      Nein                      Gefühl einer schmerzhaften Kälte:                      Ja                      Nein  
Elektrische Schläge:                      Ja                      Nein

32. Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?  
Kribbeln:                      Ja                      Nein                      Pieksen:                      Ja                      Nein  
Taubheitsgefühl:                      Ja                      Nein                      Juckreiz:                      Ja                      Nein

33. Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?  
Röntgen                      Computer-/ Kernspintomographie                      Spritze                      Massage  
Physiotherapie                      Training                      Anderes

34. Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**