

Sehr geehrte Damen, sehr geehrter Herren,

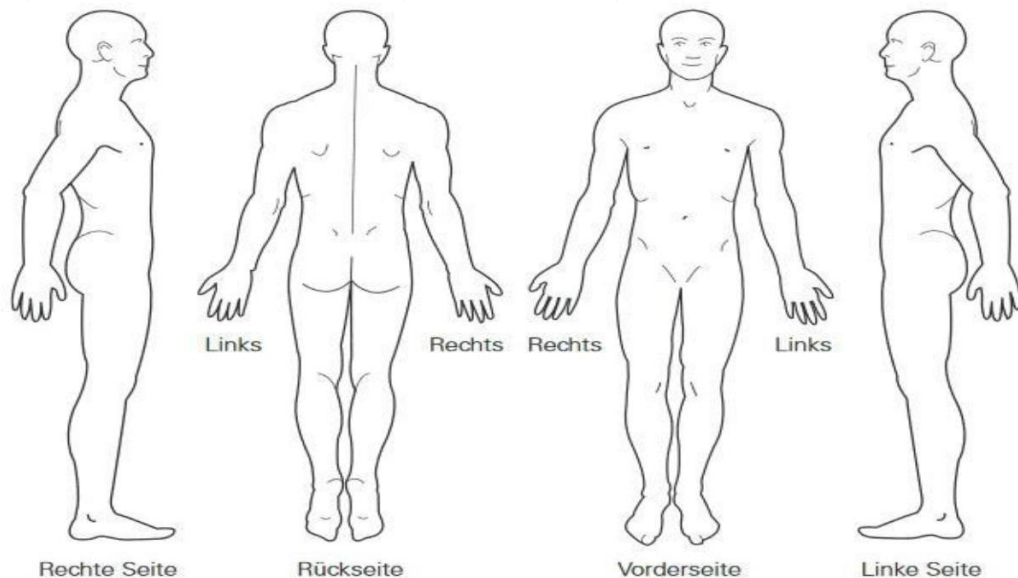
Anamnesebogen



es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.
Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:
Mobil:	Email:
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat	
Hausarzt:	
Alter:	Beruf:
Sport:	

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



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

- | | |
|---|---|
| 3.) Haben Sie Schmerzen ? | ja ☐ nein ☐ |
| 4.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert? | ja ☐ nein ☐ |
| 5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? | ja ☐ nein ☐ |
| 6.) Haben Sie einen Kraftverlust ? | ja ☐ nein ☐ |
| 7.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? | |

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

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

10.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen etc.)? _____

Bitte wenden ! ➡

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

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/verschlechternd

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**?

ja ☐ nein ☐

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** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)?

ja ☐ nein ☐

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)?

ja ☐ nein ☐

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein?

ja ☐ nein ☐

25.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**?

ja ☐ nein ☐

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen**?

ja ☐ nein ☐

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet an Gewicht verloren**?

ja ☐ nein ☐

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**?

ja ☐ nein ☐

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, was und wann?

30.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie (MRT)/Spritze/Physiotherapie/ Anderes:

31.) Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?

ja ☐ nein ☐

32.) Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen

(Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)?

ja ☐ nein ☐

33.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen **vollständig** und **korrekt** angegeben.

Datum, Unterschrift
