

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den folgenden Anamnesebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankheitsgeschichte umfassend zu erheben, um Sie anschließend optimal behandeln zu können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

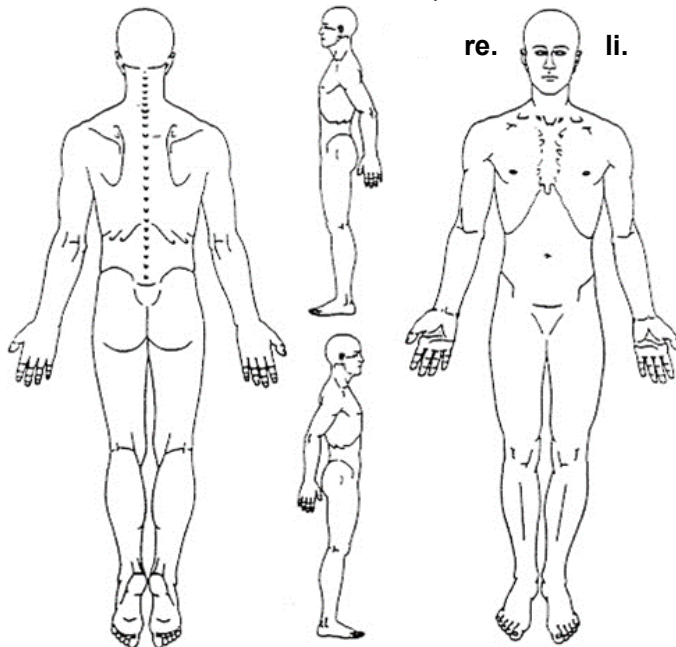
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft? \_\_\_\_\_

^

1. Bitte markieren Sie Ihre Schmerzpunkte im Bild!



2. Welche Beschwerden haben Sie?

[Bitte ankreuzen]

- Schmerzen
- Bewegungseinschränkung
- Alltagsbeschwerden
- Gang- und Gleichgewichtsstörungen
- Missempfindungen (Kribbeln/ Taubheit)
- Schmerz bei Husten /Niesen
- Kraftverlust
- Kopfschmerzen/ Schwindel

3. Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

4. Sind Ihre Beschwerden  Konstant  Wechselhaft  Zunehmend  Abnehmend

5. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? \_\_\_\_\_ 0 - 10  
Kein Schmerz sehr stark

6. Wie ist Ihr Schmerzempfinden? (brennend, stechend, drückend, ziehend, sonstiges..)

\_\_\_\_\_

7. Wann sind die Schmerzen am stärksten?  Morgens  Tagsüber  Abends  Nachts

8. Gab es ein auslösendes Ereignis für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall, OP...)

\_\_\_\_\_

## ANAMNESEBOGEN

9. Was verstärkt Ihre Beschwerden? (z.B. Bewegung, Ruhe, Sitzen, Liegen, Kälte, Wärme, Sport...)\_\_\_\_\_

10. Was verbessert Ihre Beschwerden? (sh. Oben)

\_\_\_\_\_

11. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_

12. Haben Sie sonstige bekannte Erkrankungen? [z.B. Herz-Kreislauf, Diabetes, Tumor, Osteoporose, HIV, Neurologische Erkrankungen...]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt /MRT/ CT?\_\_\_\_\_

14. Welche Therapien sind bisher erfolgt? [z.B. Spritze, Massage, Physiotherapie, Medikamente...]

\_\_\_\_\_

15. Was ist Ihr Wunsch an uns, was ist Ihr Ziel?

\_\_\_\_\_

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, geben Sie uns bitte bis spätestens 24 Stunden im Voraus Bescheid. Anderenfalls müssen wir Ihnen die Kosten für den Termin in Rechnung stellen.

Bitte bringen Sie zur Behandlung ein großes Handtuch mit.

Außerdem gilt in unserer Praxis die 3G-Reglung und FFP2-Pflicht!

Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu bezahlen.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift