

ANAMNESEBOGEN

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: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

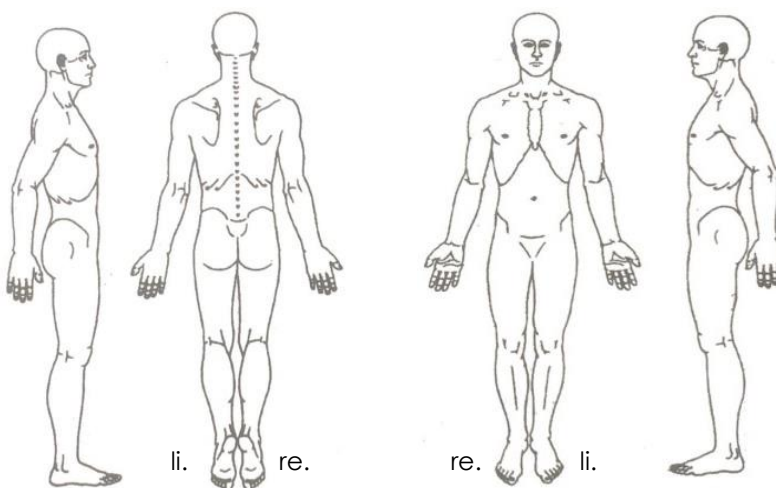
Telefonnummer ☎ : _____

E-Mail ✉ : _____

Treiben Sie Sport? ja nein

Was? Seit wann? Wie oft? _____

Bitte markieren Sie Ihre aktuellen Beschwerden/Schmerzpunkte im Bild:



Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

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

Sind Ihre Beschwerden: abnehmend gleich bleibend zunehmend
(bitte ankreuzen) variabel permanent mit Unterbrechungen

Wie ist Ihr Schmerzempfinden? brennend stechend
(bitte ankreuzen) drückend ziehend
 sonstiges _____

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(bitte einkreisen) ☺ ☹ ☹

Haben Sie aktuell Ruhe-, Dauer- oder Nachtschmerzen? ja nein
(bitte einkreisen)



ANAMNESEBOGEN

Haben Sie Beschwerden wie:

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - Kopfschmerzen/Schwindel/Doppelbilder | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Ohnmachtsanfälle/Benommenheit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Gang- oder Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Missempfindungen (Kribbeln/Taubheit) | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Kraftverlust in den Beinen/Armen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Übelkeit/plötzliches Fieber/extremes nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Blasenschwäche/Inkontinenz | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - Seh-/Sprech-/Hörprobleme oder Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| - morgendliche Steifigkeit | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung oder einen Tumor? ja nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt abgenommen?
(mehr als 10% des Körpergewichts) ja nein

Sind Sie anfällig für leichte Blutergüsse oder Krämpfe? ja nein

Sind Sie Diabetiker/in, Asthmatiker/in, haben Osteoporose oder andere Erkrankungen?
(z.B. neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Probleme, ...)

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein
(z.B. Schmerzmittel, Cortison, Blutverdünner, Betablocker, ...)

Was verstärkt Ihre Beschwerden? z.B. Bewegung/Sport, Ruhe, Sitzen, Liegen, Wärme, Kälte
(bitte einkreisen) sonstiges _____

Was verbessert Ihre Beschwerden? (s. oben)

Wann wurde das letzte Mal geröntgt/MRT/CT? _____

Welche Therapien sind bisher erfolgt? z.B. Spritze, Massage, Physiotherapie, Medikamente, ...
(bitte einkreisen) sonstiges _____

Was ist Ihr Ziel der Therapie? _____

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.

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