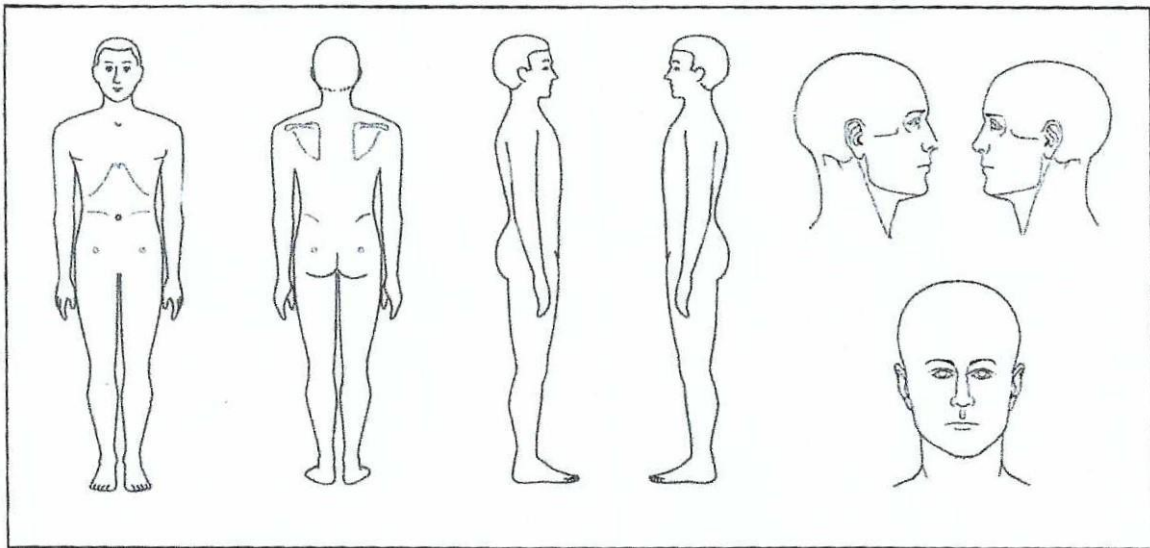


Anamnesebogen

Sehr geehrte*r Patient*in,
um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten und diesen Bogen Ihrem untersuchenden Therapeuten zu überreichen.
(Alle Angaben fallen selbstverständlich unter die therapeutische Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich.)

Name: _____

Datum: _____



1. Bitte markieren Sie den Bereich Ihrer Problematik bzw. Ihrer Schmerzen in der Skizze.

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? nein ja

Welchen: _____

3. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

4. Was verbessert (bitte einkreisen), was verschlechtert (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen,
Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Arbeiten, Hobby, Sport

Sonstiges: _____

5. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?

(Kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)

6. Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben? (bitte einkreisen)

stechend, drückend, ziehend, pulsierend, klopfend, brennend, bohrend, dumpf, hell

1. Allgemeines ist folgendes bei Ihnen bekannt?

- angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule/Gelenke oder der Gefäße nein ja
- ausgeprägter Verschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule oder der Gelenke? nein ja
- Haben Sie Probleme Urin oder Stuhl zu halten (Inkontinenz)? nein ja
- akute(r) Verletzung / Unfall nein ja
- akute Entzündungen nein ja
- Sensibilitätsstörungen nein ja
- Kraftverlust in Armen und Beinen nein ja
- Schwindel nein ja
- Kopfschmerzen nein ja
- bewegungsabhängige Schmerzen nein ja
- Nachtschmerzen nein ja
- Nachtschweiß nein ja
- chronische Müdigkeit nein ja
- Tumore nein ja
- ungewollter Gewichtsverlust nein ja
- Schwangerschaft nein ja
- Haben Sie Metall-Implantate im Körper? nein ja

Wenn „ja“, wo?: _____

2. Nebenerkrankungen: Leiden (oder litten) Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

- Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzinsuffizienz) nein ja
- Gefäßerkrankungen (z.B. Arterio-Sklerose, pAVK) nein ja
- Bluthochdruck nein ja
- Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD) nein ja
- Diabetes nein ja
- Rheuma nein ja
- Osteoporose nein ja
- Schlaganfall nein ja
- Gicht nein ja
- Krebs nein ja
- Arthritis nein ja
- M.Bechterew nein ja
- Bandscheibenvorfall nein ja
- Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) nein ja
- Blutgerinnungsstörungen nein ja
- chronische Hals-Nasen-Ohren-Infekte nein ja
- Allergien nein ja

Wenn „ja“, wo bzw. welche?: _____

- Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV etc.)? nein ja

Wenn „ja“, welche: _____

- Sonstige Erkrankungen: _____

3. Medikamente / Genussmittel

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente?

- Schmerzmittel nein ja welche: _____
- Betablocker nein ja welche: _____
- Cortison nein ja welche: _____
- Gerinnungshemmer nein ja welche: _____
- Hormonbehandlung nein ja welche: _____
- andere Medikamente nein ja welche: _____
- Rauchen Sie? nein ja wie viel: _____
- Trinken Sie regelm.- Alkohol? nein ja wie viel: _____

4. Belastungs- und Bewegungslimitierungen

Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen, die wir beachten müssen bzw. Bewegungen / Sportarten / Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?

nein ja welche: _____

5. persönliche Situation

Sind Sie im Moment in Ihrem Alltag oder in Bezug auf Ihre Erkrankung / Verletzung

gestresst nein ja ängstlich nein ja

depressiv nein ja überfordert nein ja

Haben Sie Hilfe im häuslichen Umfeld? nein ja welche: _____

6. Sonstige relevante Angaben

7. Wünsche und Ziele der Therapie

(Ort, Datum)

(Unterschrift)