

# Anamnesebogen

Datum: _____	Beruf: _____
Name: _____	Hobbies: _____
Vorname: _____	_____

1. Weshalb sind Sie zum Arzt gegangen? Beschreiben Sie bitte Ihre Beschwerden. Wo treten Sie auf und wie fühlen Sie sich an?

---

---

---

---

1a. Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden?

2a. Wobei traten die Schmerzen auf?

---

---

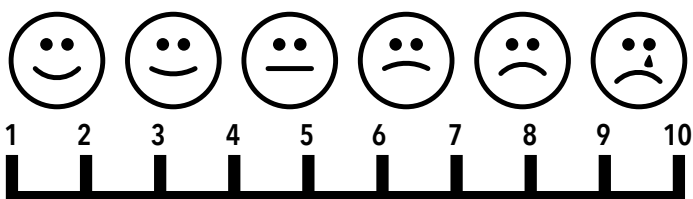
1b. Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde? (kurze Beschreibung)

3. Sind Ihre Schmerzen abhängig von Bewegung oder Haltung? Wenn ja, von welcher?

---

---

2. Bitte markieren Sie auf dieser Skala Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden.  
0=keine Schmerzen - 10=stärkste vorstellbare Schmerzen



4. Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?  Ja  Nein

5. Haben Sie Nachtschmerz?  Ja  Nein

6. Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?  Ja  Nein

- Auf der nächsten Seite geht es weiter -

7. Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen oder auftrichten? Wenn ja, welche?

---



---

8. Fühlen Sie sich zur Zeit generell unwohl oder krank?  Ja  Nein

9. Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?  Ja  Nein

10. Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?  Ja  Nein

11. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?  Ja  Nein

12. Leiden Sie unter häufigem Stress?  Ja  Nein

13. Leiden Sie unter den folgenden Symptomen?

- Schwindel     Übelkeit     Erbrechen

14. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?  Ja  Nein

15. Sind Sie in ärztlicher / therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb?

---



---

16. Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?  Ja  Nein

17. Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?  Ja  Nein

18. Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?  Ja  Nein

19. Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt?

- Diabetes     Osteoporose     Krebs  
 Arteriosklerose     Organstörung  
 Blutgerinnungsstörung  
 neurologische Erkrankungen  
 niedriger / hoher Blutdruck  
 Sonstige:
- 

20. Nehmen Sie Medikamente oder Hormone?

Grund der Einnahme	Präparat	Seit wann

- Auf der nächsten Seite geht es weiter -

21. Haben Sie über längere Zeit Kortison eingenommen?  Ja  Nein

22. Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen? Wenn ja, welche und wann?

---

---

23. Bemerkten Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, erhöhte Müdigkeit oder Reizbarkeit an sich selbst?  Ja  Nein

24. Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen und Beinen?  Ja  Nein

25. Gab es in Ihrer Familie Fälle von

- Krebs  Osteoporose
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Bluterkrankungen

Was versprechen Sie sich von der Physiotherapie? Welches Therapieziel wollen Sie erreichen (z.B. Schmerzfreiheit)?

---

---

---

---

---

---

---

---

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift.

---

Unterschrift