

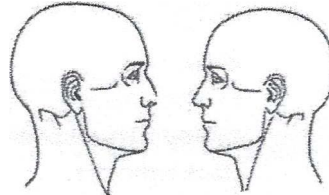
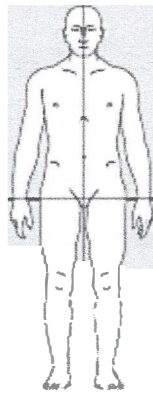
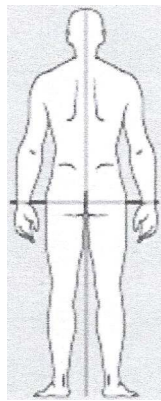
Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,
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 angegebenen Daten fallen selbstverständlich unter die therapeutische Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich)

Name: _____ Text _____

Datum: _____ Text _____



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.)? ja nein

Welchen: _____

3. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

4. Was verbessert (bitte einkreisen bzw. ausfüllen), was verschlechtert (bitte unterstreichen oder ausfüllen) Ihre

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

verbessert: _____ verschlechtert: _____

—

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

(kein Schmerz) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (maximaler Schmerz)



1. **Allgemeines:** ist folgendes bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|---|------|----|
| • Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule 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 oder Beinen | Nein | Ja |
| • Fieber | Nein | Ja |
| • Schwindel | Nein | Ja |
| • Kopfschmerzen | Nein | Ja |
| • bewegungsunabhängige Schmerzen | Nein | Ja |
| • Nachtschmerz | 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) | 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 (Spondylosthesis) | Nein | Ja |
| • Blutgerinnungsstörung | Nein | Ja |
| • chronische Hals-Nasen-Ohren Infekte | Nein | Ja |
| • Allergien | Nein | Ja |

Welche: _____

- | | | |
|--|------|----|
| • Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV etc.) | Nein | 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 Wieviel: _____
- Trinken Sie Alkohol Nein Ja Wieviel: _____

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

6. sonstige relevante Angaben

Unterschrift: _____

