

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere physiotherapeutische Behandlung entschieden haben. Um Sie bestmöglich behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihren Beschwerden. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Beruf / Tätigkeit / Sport / Hobbys:

1. Wo haben Sie aktuell Ihre Probleme? (akut, die letzten 4 Wochen)

2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? Seit wann?

3. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

4. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall, Überlastung o. Ä.)

5. Haben Sie Schmerzen? Welche? Wann treten sie auf?

6. Wie stark sind Ihre Schmerzen?

Aktuell

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Maximal

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

7. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wo?

8. Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbeln, Taubheit)?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wo?

9. Haben Sie einen Kraftverlust?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wo?

10. Welche Hilfsmittel benutzen Sie derzeit?

11. Was verbessert Ihre Beschwerden?

☐ Ruhe ☐ Bewegung ☐ Wärme ☐ Kälte

☐ Sitzen ☐ Stehen ☐ Gehen ☐ Liegen

Sonstiges:

12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

☐ Ruhe ☐ Bewegung ☐ Wärme ☐ Kälte

☐ Sitzen ☐ Stehen ☐ Gehen ☐ Liegen

Sonstiges:

13. Ihre Beschwerden sind...

☐ Dauerschmerz

☐ Ruheschmerz

☐ Anlaufschmerz

☐ Nachts

Sonstiges:

14. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

☐ Ja ☐ Nein

15. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit oder Ohnmachtsanfällen?

☐ Ja ☐ Nein

16. Sind Sie schwanger?

☐ Ja ☐ Nein

17. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja:

Wie häufig? _____

Wie lange? _____

18. Schlafen Sie gut und ausreichend?

☐ Ja ☐ Nein

19. Leiden Sie unter Verdauungsproblemen?

☐ Ja ☐ Nein

20. Wie hoch ist Ihre Stressbelastung?

0 = keine Belastung

10 = maximale Belastung

☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

21. Haben oder hatten Sie weitere chronische Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

22. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

23. Hatten Sie Unfälle und/oder Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche?

24. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

- ☐ MRT
- ☐ CT
- ☐ Röntgen
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Massage
- ☐ Injektionen
- ☐ Sonstiges

25. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Datum/Unterschrift: _____