

# Anamnesebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Liebe Patientin, lieber Patient,  
wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben, unsere physiotherapeutischen Leistungen zu nutzen. Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Deshalb benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

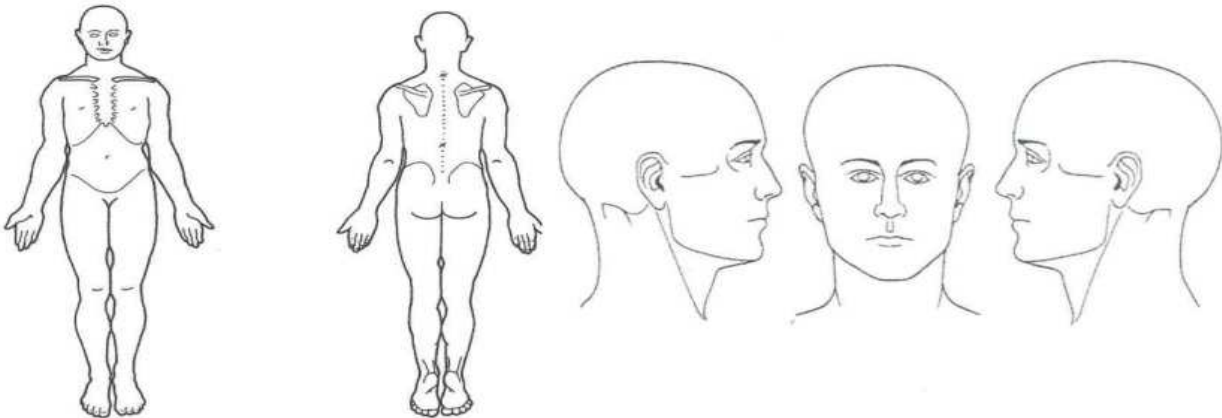
Beruf / ausgeübte Tätigkeit:

---

Sport / ausgeübte Bewegung:

---

1.) Wo haben Sie aktuell Ihre Probleme? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre Hauptbeschwerden? Seit wann?

---

7.) Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

---

10.) Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)?

---

3.) Haben Sie Schmerzen? Welche? Wann?

---

13.) Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen)

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

14.) Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal (bitte einkreisen)?

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

4.) Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

---

5.) Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelercheinungen / Taubheit)?

ja	nein
----	------

wenn ja, wo:

---

6.) Haben Sie einen Kraftverlust?

ja	nein
----	------

wenn ja, wo:

---

(keine Kraft)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(maximale Kraft)

9.) Welche Hilfsmittel benutzen Sie momentan?

---

11.) Was verbessert Ihre Beschwerden (bitte enkreisen: Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

12.) Was verschlechtert Ihre Beschwerden (bitte enkreisen: Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)?

15.) Haben Sie Beschwerden? (bitte einkreisen: permanent / mit Unterbrechnungen / gleichbleibend / besser werdend / verschlechternd)

17.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen: Husten / Niesen / Pressen / Schlucken)?

ja	nein
----	------

18.) Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

ja	nein
----	------

19.) Sind Sie schwanger?

ja	nein
----	------

21.) Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?

ja	nein
----	------

24.) Haben / hatten Sie weitere Erkrankungen (z. B. Herz-, Lungenerkrankung, etc.)?

ja	nein
----	------

---

25.) Neben Sie momentan Medikamente?

ja	nein
----	------

wenn ja, welche:

28.) Hatten Sie schon Unfälle und / oder Operationen?

ja	nein
----	------

wenn ja, welche:

---

30.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspinttomographie (MRT) / Spritze / Massage / Physiotherapie /  
Anderes:

---

31.) Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie

---