

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Ziel ist es, Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen. Hierzu benötigen wir vorab einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

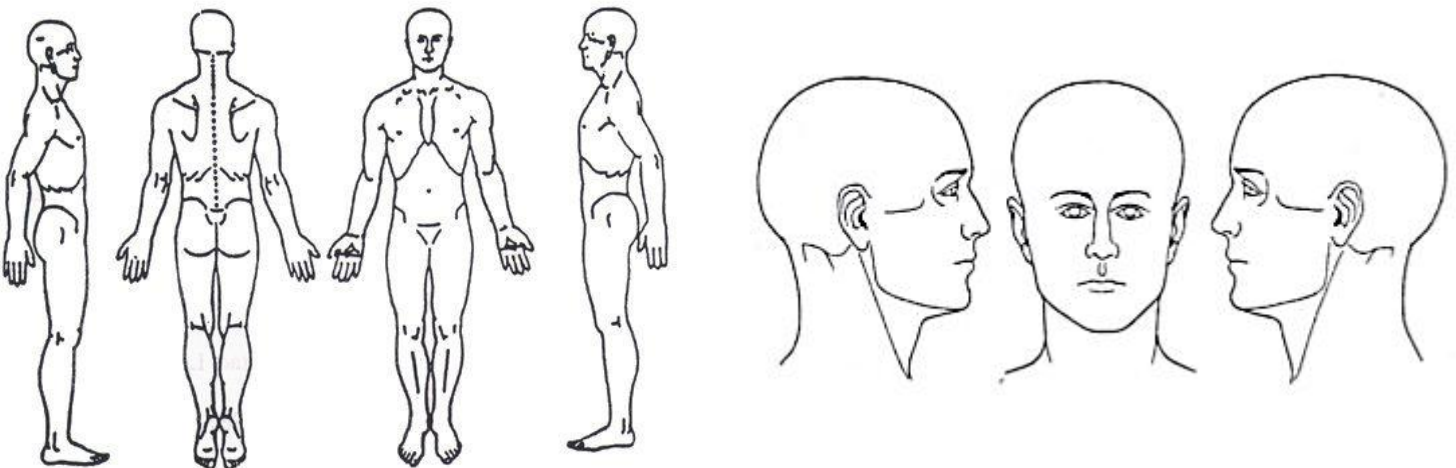
Adresse (Straße, Ort): \_\_\_\_\_

Hausarzt/ behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Hobby/ Sport: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

1.) **Wo** haben Sie Beschwerden/ Schmerzen/ Probleme (bitte einzeichnen)?



2.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein

Wenn ja, **wie stark** sind Ihre Schmerzen aktuell auf einer Skala von 0 bis 10? (bitte einkreisen)

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

3.) **Wie** beschreiben Sie Ihre Schmerzen?

stechend  brennend  dumpf  ziehend  kribbelnd  ausstrahlend  krampfend

Wenn ausstrahlend, wohin strahlt es aus? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welcher Auslöser genau? \_\_\_\_\_

5.) Was ist Ihr **Hauptproblem im Alltag**? \_\_\_\_\_

6.) **Wie lange** bestehen Ihre Beschwerden?

\_\_\_\_\_

7.) Werden Ihre Beschwerden durch etwas **verbessert/verschlechtert**? ja  nein

Wenn ja, **was** bringt Besserung/ Verschlechterung? \_\_\_\_\_

8.) Treten Ihre Beschwerden **kontinuierlich** oder **mit Unterbrechungen** auf? (bitte unterstreichen)  
Wenn mit Unterbrechungen, wann sind diese? \_\_\_\_\_

9.) **Wann** genau treten Ihre Beschwerden auf?

morgens       nachts       bei Belastung/ Bewegung       in Ruhe

10.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Ameisenlaufen, Nadeln, Brennen)? ja  nein

11.) Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

12.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

13.) Haben Sie **sonstige Erkrankungen** (Herzkrankungen, Diabetes, Osteoporose, Tumorerkrankungen etc.)? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

14.) Sind Sie in den letzten 5-10 Jahren **operiert** worden? ja  nein   
Wenn ja, **was** ist operiert worden? \_\_\_\_\_

15.) Wie lang schätzen Sie Ihre **maximale Gehstrecke** ein (Minuten/ Meter)? \_\_\_\_\_

16.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik** und **Therapie** sind bisher durchgeführt worden?

Röntgen  MRT  CT  Spritzen  Physiotherapie  Training  Anderes: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte bringen Sie entsprechende **Berichte** oder **CDs** mit zum ersten Termin!

17.) Was sind Ihre **Ziele** und **Erwartungen** an die Therapie?

\_\_\_\_\_