

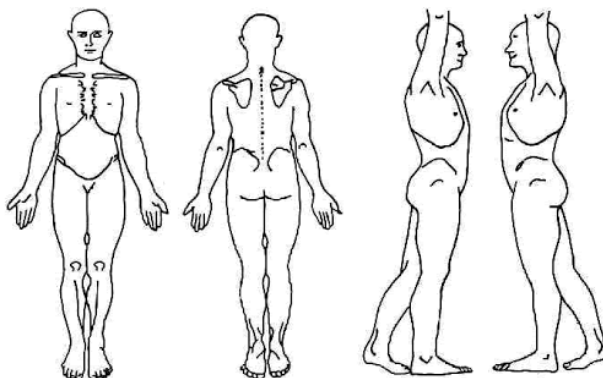
Anamnesebogen

Bitte ausgefüllt zum ersten Termin mitbringen

Name: _____ Alter: _____ Beruf: _____

Hobbys/Sport: _____ Datum: _____

1. Wo sind Ihre Beschwerden (bitte einzeichnen)?



2. Was sind Ihre Beschwerden? Wie lange bestehen diese schon?

3. Beschwerdeverhalten:

- Haben Sie **Schmerzen**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: wie **stark**?

0 _____ 10

- Sind **Bewegungseinschränkungen** vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

- Sind Ihre Beschwerden **bewegungsabhängig**
wenn ja, **was**? _____

- Sind Ihre Beschwerden **tageszeitlich** abhängig *morgens/mittags/abends/nachts*

- Haben sich Ihre Beschwerden seit dem Auftreten *verbessert/ verschlechtert/
sind gleich/immer wiederkehrend*

Sonstige Auffälligkeiten?

- Taubheit oder Kribbelercheinungen? ☐ Ja ☐ Nein
- Gangunsicherheit? ☐ Ja ☐ Nein
- Kopfschmerzen? ☐ Ja ☐ Nein
- Schwindel? ☐ Ja ☐ Nein

4. Allgemeines:

- Nächtliches Schwitzen? ☐ Ja ☐ Nein
- In letzter Zeit unerwartet abgenommen? ☐ Ja ☐ Nein
- In letzter Zeit viel Stress oder sind Sie angespannt? ☐ Ja ☐ Nein
- Fieber? ☐ Ja ☐ Nein
- Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein
- Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

5. **Haben Sie Begleiterkrankungen?**

☐ Ja

☐ Nein

Zutreffendes bitte unterstreichen oder evtl. ergänzen

➤ *Neurologisch wie Parkinson, Polyneuropathie, Schlaganfall, Nervenschädigungen, MS*
Sonstige: _____

➤ *Herz-Kreislauf wie Bluthochdruck, Herzinfarkt, Stent, Herzschrittmacher*
Sonstige: _____

➤ *Lungenerkrankungen wie COPD, Asthma*
Sonstige: _____

➤ *Systemisch wie Diabetes, Borreliose, Allergien, Schilddrüse, Osteoporose*
Sonstige: _____

➤ *Rheumatisch- Entzündlich wie Weichteilrheuma, Rheuma*
Sonstige: _____

➤ *Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes wie Sodbrennen, Verstopfung, Reizdarm*
Sonstige: _____

➤ *Tumorerkrankung? Wenn ja, **welche?*** _____

➤ *Psychisch*

➤ *Infektionskrankheiten? Z.B. Hepatitis, HIV Wenn ja, **welche?*** _____

➤ *Sehschwäche, Hörschwäche, Kommunikationsprobleme*

➤ *Inkontinenz*

➤ *Andere Innere Organe?* _____

6. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja, **welche?**

7. Sind Sie schon mal **operiert** worden? Wenn ja, **wo** und **was?** **Wann?**

8. Hatten Sie schon **Unfälle**, einen **Auffahrunfall** oder sind Sie **gestürzt?**
Wenn ja, **was** und **wann?**

9. Wurde **aktuell** ein **Bildgebendes Verfahren** wie **CT, MRT, Ultraschall, Röntgen** gemacht?

Wenn ja, von **was?** _____

10. Hat schon eine **Therapie** stattgefunden wie Physiotherapie, Spritze, Chiropraktik, etc.?
Wenn ja, **was** und **wann?**

11. Benötigen Sie **Hilfsmittel** wie Rollator, Unterarmgehstützen etc., oder tragen Sie eine **Schiene**, auch Knirscherschiene? Wenn ja, **was ?** _____

12. Was sind Ihre **Erwartungen** an die Therapie?

Vielen Dank für Ihre Informationen!