



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,

um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten die folgenden anamnestischen 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)

Vielen Dank

Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

1. Allgemeines

- | | | | |
|--------------------------------|------|----|-----------------|
| Allgemeines Unwohlsein | Nein | Ja | |
| Müdigkeit | Nein | Ja | |
| akute Infekte | Nein | Ja | |
| Fieber | Nein | Ja | |
| Schwindel | Nein | Ja | |
| Kopfschmerzen | Nein | Ja | |
| bewegungsunabhängige Schmerzen | Nein | Ja | |
| Nachtschmerz | Nein | Ja | |
| ungewollter Gewichtsverlust | Nein | Ja | |
| Allergien | Nein | Ja | Welche: _____ |
| Rauchen Sie | Nein | Ja | Wie viel: _____ |
| Trinken Sie Alkohol | Nein | Ja | Wie viel: _____ |

2. Nebenerkrankungen

Leiden Sie an Infektionserkrankungen (wie z.B. Hepatitis, HIV, etc.)?

Nein Ja

Welche: _____

Leiden Sie an weiteren akuten oder chronischen Nebenerkrankungen?

(wie z.B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herz- & Gefäßerkrankungen, chronische Infekte, Schlaganfall, etc.)

Nein Ja

Welche: _____

3. Medikamente

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente?

(Wie z.B. Schmerzmittel, Cortison, Betablocker, etc.)

Nein Ja Welche: _____

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

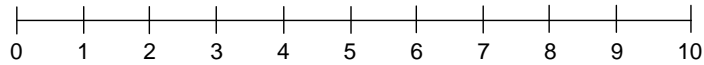
Sind Sie im Moment in ihrem Alltag oder in Bezug auf Ihre Erkrankung

gestresst Nein Ja ängstlich Nein Ja

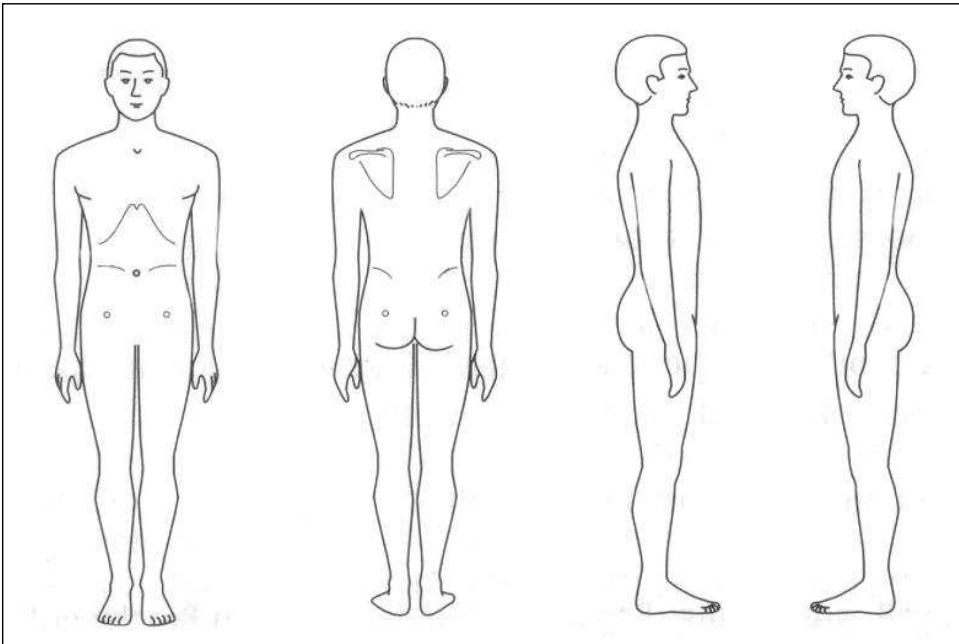
depressiv Nein Ja überfordert Nein Ja

Name: _____	Datum: _____
ärztliche Diagnose: _____	

1. Kreuzen Sie unten die Intensität Ihrer Schmerzen an
(0 = keine Schmerzen ; 10 = unerträgliche Schmerzen)



2. Skizzieren Sie unten den Ort Ihrer Beschwerden
(Schmerzpunkte und Schmerzausstrahlungen.
Bei mehreren Schmerzpunkten bitte in der Reihenfolge
der Schmerzintensität nummerieren)



3. Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?
(z.B. stechend, brennend, dumpf, einschließend, etc.)

4. Wann treten Ihre Schmerzen auf?
(Zeitabhängig, in Ruhe, Belastungsabhängig, Bewegungsabhängig)

5. Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, verstärkt oder vermindert?
(bei welchen Bewegungen, Tätigkeiten, Wärme, Kälte, etc.)

6. Seit wann besteht das Problem?

7. Nehmen Sie im Moment Schmerzmittel?
(wenn „Ja“: welche und in welcher Dosierung?)
