

Kenntnisnahme und Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für Physiotherapie.

Um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir Informationen zu Ihnen als Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Versicherung: gesetzlich privat Beihilfe Geb. Datum: _____

Beruf: _____ Hobbies/Sport: _____

Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Empfehlung _____ Telefonbuch Internet

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

1. Allgemeines (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Allgemeines Unwohlsein? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| akute Infekte? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Fieber? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Schwindel? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| bewegungsunabhängige Schmerzen? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nachtschmerz? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| ungewollter Gewichtsverlust? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen? **Nein** **Ja**

Schwangerschaft? **Nein** **Ja**

Allergien? **Nein** **Ja** **Welche:** _____

Rauchen Sie? **Nein** **Ja** **Wie viel:** _____

Trinken Sie Alkohol? **Nein** **Ja** **Wie viel:** _____

Frühere Erkrankungen, OP? **Nein** **Ja** **Welche:** _____

Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, etc.)? **Nein** **Ja** **Welche:** _____

Leiden Sie an akuten oder chronischen Nebenerkrankungen, wie z.B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herz- & Gefäßerkrankungen, etc.?

Nein **Ja** **Welche:** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wie z.B. Schmerzmittel, Cortison, Betablocker, etc.?

Nein **Ja** **Welche:** _____

Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen, bzw. Bewegungen/Sportarten/Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?

Nein **Ja** **Welche:** _____

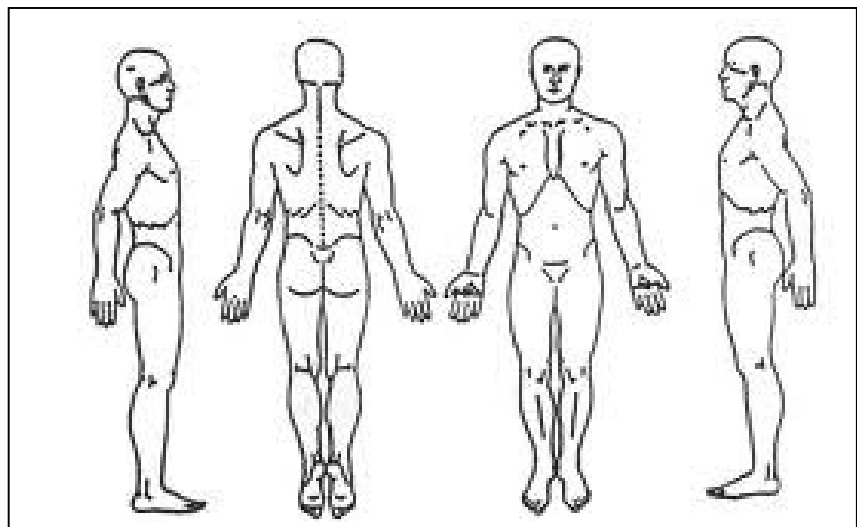
2. persönliche Situation

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**

3. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerde-zonen ein



Haben Sie Schmerzen? **Nein** **Ja**

Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

stechend **brennend** **dumpf** **einschießend**

Haben Sie Schmerzen beim: **Husten** **Niesen** **Pressen / Schlucken?** **Nein**

Kreuzen Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an

(0 = keine ; 10 = unerträgliche Schmerzen) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Wann treten Ihre Schmerzen auf? **zeitabhängig** **in Ruhe** **belastungsabhängig**

Ist Ihre Beweglichkeit verändert? **Nein** **Ja**

Ist Ihre Sensibilität verändert
(Kribbelerscheinungen/Taubheit) **Nein** **Ja**

Haben Sie einen Kraftverlust? **Nein** **Ja**

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? _____

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

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

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? **Nein** **Unfall / Sturz** **Operation**

Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im
Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)?

Nein **Ja** **Welche:** _____

Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen **Computertomographie** **Kernspintomographie (MRT)** **Spritze**

Physiotherapie **Sonstiges:** _____

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Datum und Unterschrift: _____