

Fragebogen / Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal behandeln zu können, benötigt der Therapeut Informationen zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

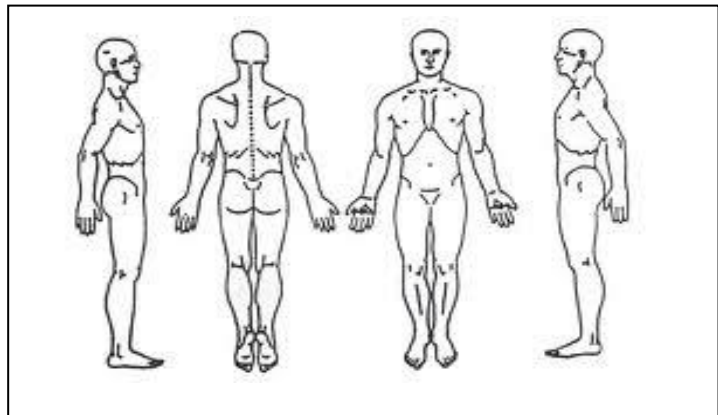
Name: _____ **Vorname:** _____

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"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Asthma | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Herz & Gefäßerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Gelenkersatz / frühere Operationen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____ |
| Allergien | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____ |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____ |
| Fühlen Sie sich gestresst | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schmerzen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> stechend <input type="checkbox"/> dumpf <input type="checkbox"/> einschießend <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schmerzen beim: | Husten <input type="checkbox"/> Niesen <input type="checkbox"/> Schlucken <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| Bisherige Maßnahmen: | Röntgen / CT <input type="checkbox"/> MRT-Kernspin <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> |
| Gab es einen Auslöser Unfall /Sturz | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____ |

2. Wo sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte rechts einzeichnen



Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?
