

Anamnesebogen

Name: _____

Alter: _____

Beruf: _____

Hobbys/ sportliche Aktivitäten: _____

Medikamente: _____

Nebenerkrankungen/ Operationen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Deformitäten (bspw. Hände/ Füße) | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Gelenkersatz | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |

Sonstiges: _____

Bitte ankreuzen, ob zutreffend oder nicht!	Ja	Nein
Signifikantes Trauma/ Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzlich unerklärlicher Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generelles Unwohlsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deformitäten (z.B. an Händen/Füßen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhafte Einnahme von Kortikosteroiden (z.B. Cortison)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz, der nachts anwesend ist oder schlimmer wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfallerscheinungen oder Ausstrahlungen in Arme/ Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränktes Gangbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Schmerzen?

- Ja Nein

Wenn ja, seit wann genau?

Gibt es Faktoren, welche den Schmerz provozieren oder reduzieren?

Leiden Sie unter Bewegungseinschränkungen?

- Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Bewegung?

Wie war der bisherige Verlauf der Beschwerden?

Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte kreuzen Sie an (10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

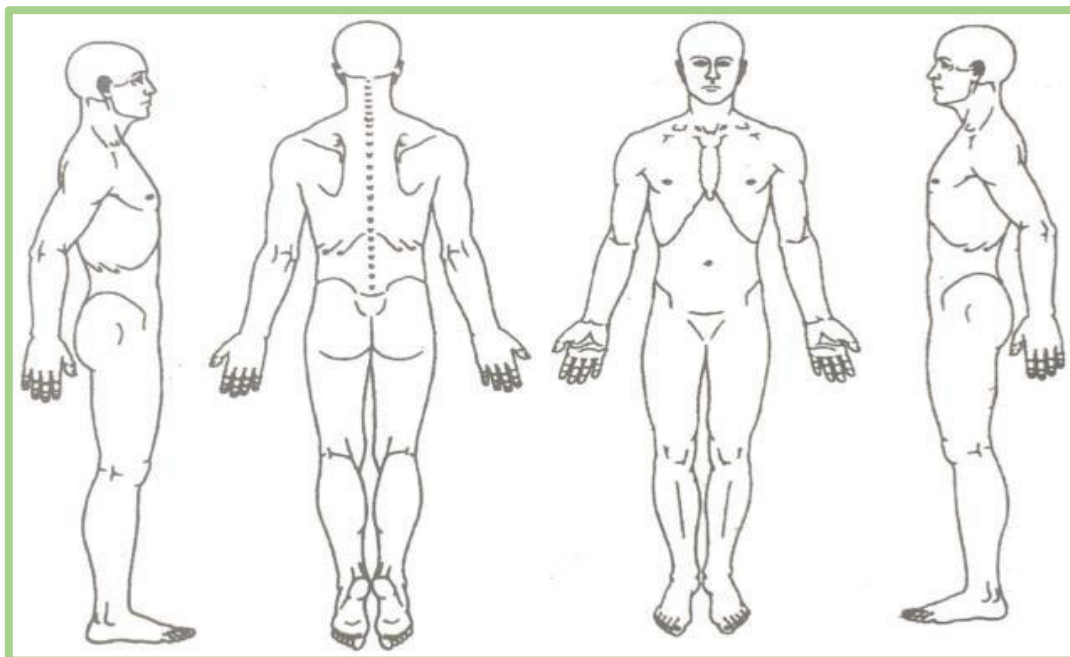
Leiden Sie unter Kraftverlust?

Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Aktivität/Bewegung?

Gibt es Aktivitäten, welche Sie aufgrund der aktuellen Beschwerden nicht ausüben können?

Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden, Schmerzen und Narben in die Skizze ein:



Bitte formulieren Sie ihre persönlichen Therapieziele:

1. _____
2. _____
3. _____