

Anamnesebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

Liebe Patienten,

dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Meine Daten

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vor- und Nachname		Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ und Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	E-Mail	
<input type="text"/>		
Überweisender Arzt		

Versicherungsstatus

Privatversichert

Selbstzahler

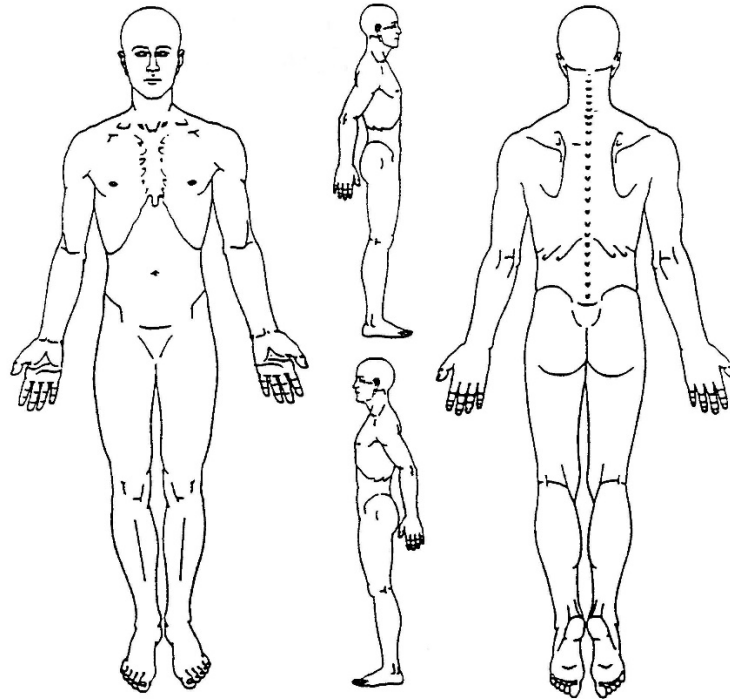
1. Ich komme aus folgendem Anlass:

2. Seit wann haben Sie die Beschwerden?

3. Bitte geben Sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) – 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:

Kein Schmerz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

4. Bitte markieren Sie den Ort Ihrer Beschwerden



5. Welche Maßnahmen der Diagnostik und Therapie wurden bisher durchgeführt (bitte ankreuzen):

- Röntgen CT Kernspin Spritzen Massage Physiotherapie Anderes

6. Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten

- zugenommen abgenommen gleichgeblieben ständig da zeitweise spürbar
 nicht akut

7. Wie fühlt sich der Schmerz an?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> stechend, hell | <input type="checkbox"/> verbunden mit kribbeln |
| <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> Wärme oder Kälte |
| <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> Schwere |
| <input type="checkbox"/> krampfend | <input type="checkbox"/> taub |
| <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> verbunden mit Steifigkeit |
| <input type="checkbox"/> brennend | |

8. Welche Faktoren haben Einfluss auf Ihre Beschwerden?

schlecht bei:

- Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen bei Stress

besser bei:

- Bewegung im Stehen im Liegen im Sitzen in der Nacht am Morgen
 bei Ablenkung

9. Können Sie die Schmerzen provozieren?

Wenn ja, wie?

10. Haben Sie Schmerzen beim

- Husten Niesen Pressen Einatmen Schlucken

11. Beschwerden im **HNO-Bereich**, auch abgelaufene Prozesse. Bitte ankreuzen!

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> ständig |
| <input type="checkbox"/> Kieferhöhle | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> bei Lagewechsel |
| <input type="checkbox"/> Stirnhöhle | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> nur manchmal |
| <input type="checkbox"/> Mittelohr | | <input type="checkbox"/> abhängig vom Blutdruck |

12. Beschwerden in den **Bronchien und der Lunge**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> häufige Bronchitis | <input type="checkbox"/> allergische Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Husten mit/ ohne Auswurf |

13. Beschwerden im **Herz-Kreislaufbereich**?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> gestaute Beine |
| <input type="checkbox"/> Beklemmungen | <input type="checkbox"/> Thrombosen |
| <input type="checkbox"/> spürbare Herzschläge | <input type="checkbox"/> Embolien |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Aneurysma |

14. Beschwerden im neurologischen Bereich

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Sprachprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Gefühl auf Watte zu gehen |
| <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl |

15. Probleme im **Verdauungsapparat**?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | |
| <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl | |

16. Beschwerden im **urologischen** Bereich?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen, wie oft? _____ | <input type="checkbox"/> ständiger Harndrang |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasser lassen/halten |
| <input type="checkbox"/> Reizblase | <input type="checkbox"/> Prostata |

17. **Gynäkologischer** Bereich

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen vor, während der Regel | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden während des Eisprungs | <input type="checkbox"/> Geburten? Ja/Nein Anzahl: |
| <input type="checkbox"/> OP | |

18. Leiden sie an folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> ungewollter Gewichtsverlust
($\geq 5\%$ des Körpergewichts in
6 Monaten) | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> nächtliches Schwitzen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Infektionen | <input type="checkbox"/> Fieber, Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> offene Wunden | | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit | | <input type="checkbox"/> geschwollene Lymphknoten |

19. Erfolgte OPs, ungefähre Zeitpunkt Datum Ort der OP

20. Unfälle, Stürze, Schleudertraumen

21. Nehmen Sie **Medikamente**?

- Blutdruckmittel Blutverdünner Pille Schmerzmittel Cortison (Tablette/ Spritze)

22. Welche/n Beruf/e üben Sie aus?

-
- a. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. _____ Stunden
- b. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen?
 Ja, ca. _____ kg
 Nein

23. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie?

24. Rauchen Sie _____ Zigaretten/Tag?

25. Trinken Sie regelmäßig/täglich Alkohol?

26. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?

Ja, in folgendem/n Bereich/en:

Nein

27. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst? Ja Nein

28. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit aller angegebenen Daten

Ort, Datum

Unterschrift