

INFORMATIONSBOGEN „ANAMNESE“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Therapiezeit ist wertvoll. Wir bitten Sie daher, diesen Anamnesebogen in Ruhe und so vollständig als möglich auszufüllen.

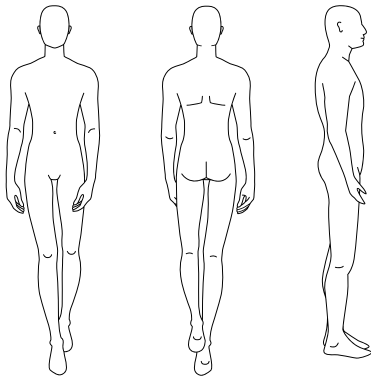
Dadurch erhalten wir wichtige Informationen, die für Ihre individuelle Therapie notwendig und hilfreich sind.

Diese Informationen sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht!

Name	Vorname
Geburtsdatum	Krankenkasse
Beruf	Hobbys

Schmerzerfassung

Bitte markieren Sie den Bereich, in dem Sie Beschwerden haben.



Auslöser (z. B. Sturz)

Krankheitsbilder

Welche der folgenden Krankheiten oder Beschwerden haben Sie? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrosen | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Venenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Stuhl-/Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Sehr hoher Blutdruck (Hypertonie) |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Sehr niedriger Blutdruck (Hypotonie) |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Belastungsasthma oder Angina |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tiefe Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tumore | <input type="checkbox"/> Akute oder chronische Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Aortenaneurysma | <input type="checkbox"/> Instabile Frakturen / Gelenke | |
| <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | | |

Sie tragen ...

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> einen Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ein Gebiss/eine Brücke | <input type="checkbox"/> einen künstlichen Gelenkersatz |
|--|---|---|

Liegt eine Schwangerschaft vor?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Sie nehmen folgende Medikamente zu sich:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rheumamittel | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Cortison |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Blutverdünnung (z. B. Marcumar, ASS) |

Sonstiges:

Datum, Ort

Unterschrift

Wie stark sind Ihre Beschwerden / Schmerzen? Auf folgender Skala bitte auswählen:



Wann treten Ihre Beschwerden / Schmerzen auf?

- Morgens
 Tagsüber
 Abends
 Nachts
 Permanent
 In Ruhe
 Nach Belastung

Ihre Beschwerden / Schmerzen verstärken sich durch eine bestimmte Bewegung etc.:

Ihre Beschwerden / Schmerzen verbessern sich durch Wärme, Kälte, eine bestimmte Haltung etc.:

Was möchten Sie in naher Zukunft in Ihrem Alltag wieder durchführen können?

Was provoziert / verstärkt?

- Beugen Sitzen Aufstehen Stehen Gehen Liegen
 In Ruhe Bei Bewegung Morgens Mittags Abends

Was eliminiert / reduziert?

- Beugen Sitzen Aufstehen Stehen Gehen Liegen
 In Ruhe Bei Bewegung Morgens Mittags Abends

Neurologie

Muskelkraft	Reflexe
Sensibilität	Durazeichen

Bewegungsverlust

	Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz
Flexion					
Extension					
Seitengleiten im Stehen (R)					
Seitengleiten im Stehen (L)					

Spezifische Fragen:

- Husten Niesen Pressen +ve Blase: normal Gang: normal
 -ve Blase: gestört Gang: gestört

Medikamente:

- Keine NSAR Analog Steroide Anticoag

Allgemeine Gesundheit:

- Gut Mäßig Schlecht
 Operationen: Ja Nein
 Nachtschmerz: Ja Nein
 Unfälle: Ja Nein
 Unerwarteter Gewichtsverlust: Ja Nein
 Bildgebende Verfahren: