

Sehr geehrte Damen, sehr geehrter Herren,

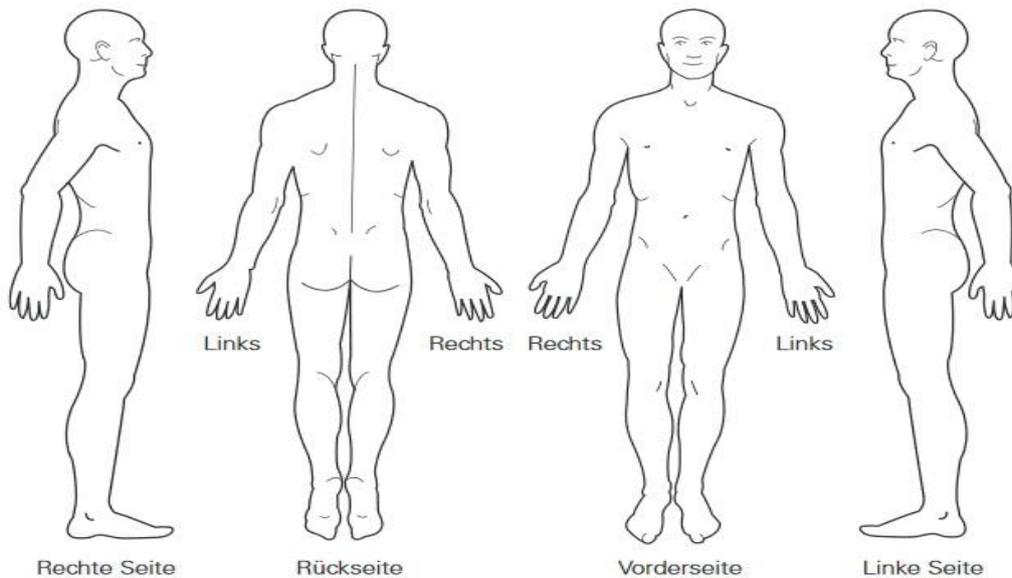
## Anamnesebogen

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.  
Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.



Name:	Vorname:	
Adresse:		
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:	
Mobil:	Email:	
Versicherung (bitte einkreisen): gesetzlich / privat	Hausarzt:	
Alter:	Beruf:	Sport:

1.) Wo haben Sie ihre Probleme? (bitte **einzeichnen**):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

- 3.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein
- 4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein
- 5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbelerscheinungen/Taubheit)? ja  nein
- 6.) Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja  nein
- 7.) Was bereitet Ihnen im **Alltag** Beschwerden?

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre Beschwerden schon? \_\_\_\_\_

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? \_\_\_\_\_

10.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen etc.)? \_\_\_\_\_

Bitte wenden ! ↩

11.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (siehe oben)?

---

12.) Wie stark sind Ihre Schmerzen **momentan**? (bitte einkreisen):  
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13.) Wie stark sind Ihre Schmerzen **maximal**? (bitte einkreisen):  
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent/mit Unterbrechungen

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): gleich bleibend/besser werdend/verschlechternd

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? ja  nein

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja  nein

18.) Sind Sie **schwanger**? ja  nein

19.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja  nein

20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen**? ja  nein

21.) Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose**? ja  nein

22.) Haben Sie Probleme mit den **inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung, etc.)? ja  nein

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)? ja  nein

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja  nein

25.) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja  nein

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja  nein

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet an Gewicht verloren**? ja  nein

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? ja  nein

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja  nein   
Wenn ja, was und wann?

---

30.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)  
Röntgen/Computertomographie/Kernspintomographie (MRT)/Spritze/Physiotherapie/ Anderes:

---

31.) Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? ja  nein

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

33.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?

---

Sämtliche Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen **vollständig** und **korrekt** angegeben.  
Datum, Unterschrift

---