

## 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.

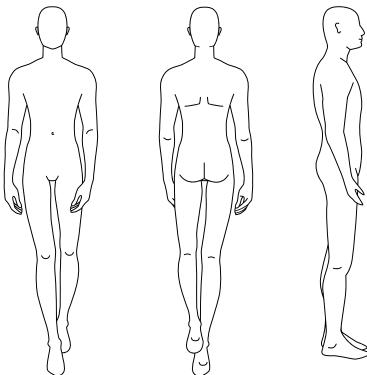
Dadurch erhalten wir wichtige Informationen, die für Ihre individuelle Therapie notwendig und hilfreich sind.

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        |
| <input type="checkbox"/> Tiefe Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Epilepsie              | <input type="checkbox"/> Tumore                               | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung                    |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall         | <input type="checkbox"/> <b>Aortenaneurysma</b> | <input type="checkbox"/> <b>Instabile Frakturen / Gelenke</b> | <input type="checkbox"/> Akute oder chronische Rückenschmerzen |
| <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:

(Hier können Sie weitere Informationen angeben)

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

Flexion	Groß	Mäßig	Klein	Kein	Schmerz
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:

<input type="checkbox"/> Gut	Operationen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Unerwarteter Gewichtsverlust:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Mäßig	Nachtschmerz:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bildgebende Verfahren:		
<input type="checkbox"/> Schlecht	Unfälle:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			