

Anamnesebogen



Um Sie optimal unterstützen und behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Name

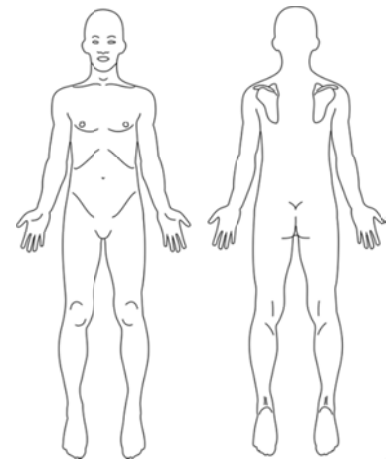
Geburtsdatum

Ausgeübte berufliche Tätigkeit

Ausgeübte(r) Hobbies/Sport

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte markieren Sie Ihre Beschwerdezone.



2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Gibt es einen Auslöser für die Beschwerden?

4. Wie sind Ihre Beschwerden?

Schmerzen
Bewegungseinschränkung
Probleme beim Gehen
Kraftverlust

Alltagsbeschwerden
Kribbeln, Taubheit
Schwindel

Wie beurteilen Sie die Schmerzintensität?
Skala von 0 (schwach) bis 10 (unerträglich)

5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

6. Gibt es Vorerkrankungen, Unfälle, Operationen?

7. Gibt es weitere Erkrankungen? (bitte auswählen)

Andere: _____

8. Nehmen Sie Medikamente? (z.B. Blutverdünner, Schmerzmittel)

9. Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bis durchgeführt? (bitte auswählen)

Anderes: _____

10. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Datum

Unterschrift