

INFORMATIONSBogen „ANAMNESE“

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Diese Seite kann am PC ausgefüllt werden!

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

Alter

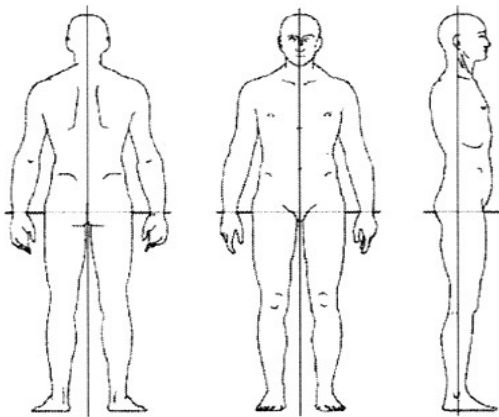
--	--	--

Beruf

Hobbies

Kurze Beschreibung Ihrer aktuellen Beschwerden/Schmerzen (bitte anzeichnen):

Auslöser (z.B. Sturz) und seit wann:



Haben oder hatten Sie eine oder mehrere folgender Krankheiten oder Beschwerden?

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

Tragen Sie

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Gebiss/Brücke | <input type="checkbox"/> Künstlicher Gelenkersatz |
|--|--|---|

Liegt eine Schwangerschaft vor?

- Ja Nein

Nehmen Sie folgende Medikamente zu sich?

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

Sonstiges:

--

Datum:

--

Unterschrift:

--

Wir danken für Ihrer Zusammenarbeit!

Das füllt Ihr Therapeut mit Ihnen aus!



Wie stark sind auf dieser Skala die Beschwerden/Schmerzen (bitte einkreisen)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Keine					mäßig					

Wann treten Ihre Schmerzen/Beschwerden auf?

<input type="checkbox"/> Morgens	<input type="checkbox"/> Tagsüber	<input type="checkbox"/> Abends	<input type="checkbox"/> Nachts
<input type="checkbox"/> Nur nachts	<input type="checkbox"/> Nach Belastung	<input type="checkbox"/> In Ruhe	<input type="checkbox"/> Permanent

Ihre Beschwerden/Schmerzen verstärken sich durch (Bestimmte Bewegungen etc.):

Ihre Beschwerden/Schmerzen verbessern sich durch (Wärme, Kälte, Bestimmte Haltung, etc.):

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

Was provoziert / verstärkt?

beugen <input type="checkbox"/>	Sitzen <input type="checkbox"/>	Aufstehen vom Sitzen <input type="checkbox"/>	Stehen <input type="checkbox"/>	Gehen <input type="checkbox"/>	Liegen <input type="checkbox"/>
Morgens <input type="checkbox"/>	Mittags <input type="checkbox"/>	Abends <input type="checkbox"/>	in Ruhe <input type="checkbox"/>	bei Bewegung <input type="checkbox"/>	

Anderes: _____

Was eliminiert / reduziert?

beugen <input type="checkbox"/>	Sitzen <input type="checkbox"/>	Aufstehen vom Sitzen <input type="checkbox"/>	Stehen <input type="checkbox"/>	Gehen <input type="checkbox"/>	Liegen <input type="checkbox"/>
Morgens <input type="checkbox"/>	Mittags <input type="checkbox"/>	Abends <input type="checkbox"/>	in Ruhe <input type="checkbox"/>	bei Bewegung <input type="checkbox"/>	

anderes _____

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 - ve Blase: normal gestört
 Gang: normal gestört

Medikamente:

Keine NSAR Analg Steroide Anticoag anderes _____

Allgemeine Gesundheit:

gut mäßig schlecht Bildgebende Verfahren: _____

Operationen: ja nein

Nachtschmerz: ja nein

Unfälle: ja nein

Unerwarteter Gewichtsverlust: ja nein anderes _____