

Anamnesebogen



1. Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____ kg

2. Aktuelle Beschäftigung

Bitte ankreuzen:

Ganztags Teilzeit Rentner Hausfrau Arbeitssuchend Schule/Ausbildung

3. Tätigkeit im Beruf & Freizeit

Überwiegend sitzend

Überwiegend stehend

Überwiegend in Bewegung

4. Schmerzlokalisierung#

Wo haben Sie aktuell Schmerzen? (Bitte markieren Sie die Stelle mit einem X)

Strahlen die Schmerzen aus?

5. Beschwerdedauer & Auftreten

Seit wann haben Sie Beschwerden?

Tage Wochen Monate Jahre

Wann treten die Beschwerden auf?

In Ruhe

Konstant

Bewegungsabhängig

Nur bei bestimmten Bewegungen

Was lindert die Beschwerden?

Bewegung

Ruhe

Wärme

Kälte

6. Schmerzintensität & Einschränkung

Wie stark schätzen Sie Ihren Schmerz in den letzten 24 Stunden ein?

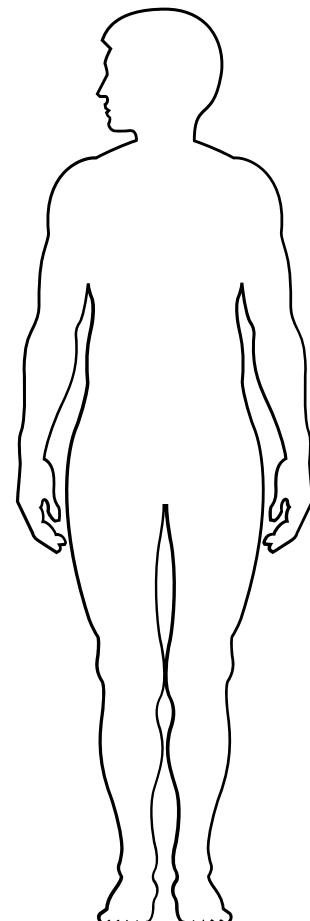
(0 = keine Schmerzen | 10 = stärkster Schmerz)

Skala: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen im Alltag eingeschränkt?

(0 = gar nicht | 10 = absolut)

Skala: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



7. Stürze, Schwangerschaft, Unfälle

Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Sturz?

- Nein
- Ja

Sind Sie aktuell schwanger?

- Nein
- Ja

Hatten Sie Unfälle oder Operationen?

- Nein
- Ja, Wann & Wo?

8. Medizinische Vorgeschichte

Besteht/ Bestand ein Tumorleiden?

- Nein
- Ja - Welche Art? -----

Nehmen Sie aktuell Medikamente?

- Nein
- Ja - Welche? -----

Bisherige ärztliche/ physiotherapeutische Behandlung?

- Nein
- Ja - Welche? -----

9. Diagnosen des Rückens (ärztlich festgestellt)

- Nein
- Arthrose
- Skoliose
- Rheuma
- Spinalkanalstenose
- Osteoporose
- Wirbelsäulen-OP
- Bandscheibenvorfall
- Andere: -----

10. Allgemeine Gesundheit & Lebensstil

Blutgruppe (falls bekannt): -----

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen? Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein - Welche Sportart? -----

Rauchen Sie? Ja Nein - Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? -----

Konsumieren Sie Alkohol? Ja Nein - Falls ja, wie oft? -----

11. Schlaf & Erholung

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? _____

Haben Sie Probleme mit dem Schlafen? Ja Nein

Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafs bewerten? _____

12. Psychosoziale Situation

Wie schätzen Sie Ihre aktuelle psychische Verfassung ein? _____

Gibt es belastende Lebensereignisse? Ja Nein

Wie ist Ihr soziales Umfeld? _____

13. Zusätzliche Angaben

Gibt es weitere gesundheitliche Faktoren, die für Ihre Behandlung wichtig sind?

Haben Sie spezielle Fragen oder Anliegen?

14. Einverständniserklärung

Ich erkläre, dass die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

KAUFMANN & ZIEMER
Ganzheitliche Physiotherapie