

Anamnesebogen

zur physiotherapeutischen Behandlung



Liebe Patienten,

dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutische Untersuchung und Behandlung. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und versuchen Sie, wenn möglich, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Datum

Vorname

Name

Geburtsdatum

1. Welches ist Ihr **Hauptproblem**, weshalb Sie zu uns kommen?

- Schmerzen Bewegungseinschränkung Kraftverlust Schwindel
- Operation Gangunsicherheit
- Ein anderes Hauptproblem:

2. Haben Sie **Schmerzen**?

- nein
 ja

Falls ja:

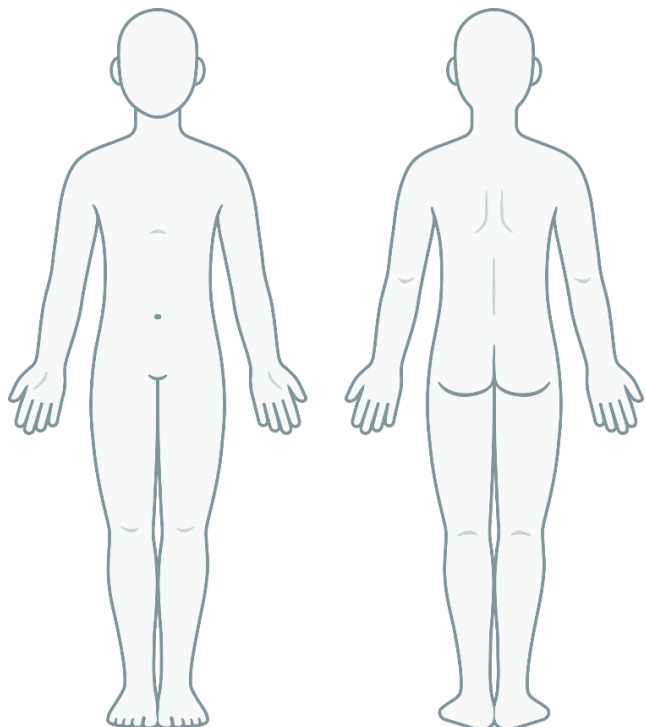
2.1. **Wann** haben Sie Schmerzen?

- bei Bewegung
 in Ruhe
 vor allem Nachts

2.2. **Wie lange** haben Sie Schmerzen schon?

- seit einigen Tagen
 seit ein paar Wochen
 seit mehreren Monaten
 seit Jahren

2.3. **Wo** haben Sie Schmerzen?



bitte die Schmerzstellen ankreuzen

3. Gab es eine **Ursache** für Ihre Schmerzen (z.B. Sturz, verhoben, Unfall,...)

nein ja – welche?

4. Was **verbessert** Ihre Schmerzen?

Laufen Liegen Sitzen Stehen Bewegung Ruhe

5. Müssen Sie regelmäßig **schwere Lasten** tragen?

nein ja

6. Welche **sportlichen Aktivitäten** betreiben Sie?

7. Welchen **Beruf** üben Sie aus?

8. Hatten Sie in den letzten Jahren **operative Eingriffe**?

nein ja

Wenn ja, welche

9. Leiden Sie unter

9.1. Schwindel? nein ja

9.10 Kopfschmerzen? nein ja

9.2. Übelkeit? nein ja

9.11 Taubheitsgefühlen? nein ja – wo?

9.3. Sprachproblemen? nein ja

9.4. Schlafproblemen? nein ja

9.12 Blutgerinnungsstörung? nein ja

9.5. Herzerkrankungen? nein ja

9.13 Krebs? nein ja – wo?

9.6. Tuberkulose? nein ja

9.7. Hepatitis? nein ja

9.14 Andere Krankheiten? nein ja – welche?

9.8. Osteoporose? nein ja

9.9. HIV? nein ja

10. Gibt es andere wichtige Dinge, die Ihr/e Therapeut/in wissen sollte?

VIELEN DANK !