

Anamnesebogen

Privatpraxis für Physiotherapie und Osteopathie

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Überweisender Arzt (falls vorhanden): _____

Notfallkontakt (Name / Telefon):

Behandlungsgrund

Was führt Sie heute zu uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ Heute

☐ Seit wenigen Tagen

☐ Seit mehreren Wochen

☐ Seit mehreren Monaten

☐ Seit Jahren

Beginn am: _____

Schmerzangaben

Wo befinden sich Ihre Beschwerden?

Schmerzstärke (0–10):

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Der Schmerz ist

☐ stechend

☐ ziehend

☐ dumpf

☐ brennend

☐ pulsierend

☐ drückend

☐ kribbelnd

☐ taub

☐ ausstrahlend

☐ wechselnd

Wann treten die Beschwerden auf?

☐ ständig

☐ morgens

☐ tagsüber

☐ nachts

☐ bei Bewegung

☐ in Ruhe

☐ belastungsabhängig

Bisherige Behandlungen

- ☐ Physiotherapie
- ☐ Osteopathie
- ☐ Chiropraktik
- ☐ Massage
- ☐ Operation
- ☐ Injektionen
- ☐ Schmerztherapie
- ☐ Sonstige:

Mit welchem Erfolg?

Vorerkrankungen

Bitte ankreuzen:

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Diabetes
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Arthrose
- ☐ Bandscheibenvorfall

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Epilepsie
- ☐ Migräne
- ☐ Krebs
- ☐ Depression
- ☐ Angststörung
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Chronische Schmerzen
- ☐ Sonstige Erkrankungen:

Frühere Operationen / Unfälle

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Welche?

Allergien / Unverträglichkeiten

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Welche?

Schwangerschaft

(nur falls zutreffend)

☐ Nein

☐ Ja

Schwangerschaftswoche: _____

Weitere gesundheitliche Angaben

Leiden oder litten Sie an:

☐ Schwindel

☐ Ohnmacht

☐ Atemnot

☐ Thrombose

☐ Embolie

☐ Infektionskrankheiten

☐ Osteoporose

☐ Blutgerinnungsstörungen

☐ Einnahme blutverdünnender Medikamente

☐ Fieber

☐ Unerklärlicher Gewichtsverlust

☐ Tumorerkrankung

☐ Frische Knochenbrüche

☐ Sonstiges:

Lebensgewohnheiten

Rauchen

☐ Nein

☐ Ja

Alkoholkonsum

☐ selten

☐ regelmäßig

☐ täglich

Sportliche Aktivität

☐ keine

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig

Welche Sportarten?

Berufliche Belastung

☐ überwiegend sitzend

☐ überwiegend stehend

☐ körperlich schwer

☐ wechselnd

Besondere Belastungen:

Behandlungsziele

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

- ☐ Schmerzfreiheit
- ☐ Beweglichkeit verbessern
- ☐ Leistungsfähigkeit steigern
- ☐ Sportfähigkeit wiederherstellen
- ☐ Operation vermeiden
- ☐ Prävention
- ☐ Sonstiges:

Ergänzende Angaben

Einwilligung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unzutreffende Angaben die Behandlung beeinflussen können.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes sowie neu auftretende Beschwerden oder Medikamenteneinnahmen unverzüglich mitzuteilen.

Ort: _____

Datum: _____