



b e r e i t s a u f g e C L A I R E t ?

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen bei Basic Physio!

Um Sie optimal behandeln zu können, benötige ich Informationen, die es mir erleichtern, mir vorab ein Bild von Ihnen und Ihren Beschwerden zu machen. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Sollten Sie bei der Beantwortung einer oder mehrerer Frage/n nicht sicher sein, überspringen Sie diese einfach.

Herzlichen Dank!

Vor- und Nachname:

Sozialversicherungsnummer:

Geb. Datum:

Größe:

Gewicht:

Kontaktdaten

Telefonnummer:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Lebenssituation

Beruf:

Kinder ja nein

Anzahl:

Interessen / Hobbys / Freizeitaktivitäten / Sport

Was und wie oft:

Zeitbudget

Generell:

- Mo Di Mi Do Fr Sa So
 morgens vormittags mittags nachmittags abends

Immer unterschiedlich / ziemlich flexibel

Immer unterschiedlich / ziemlich unflexibel

Schmerzanamnese

Haben Sie Schmerzen?

- ja nein

Wenn ja, mit welcher Zahl würden Sie den Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10 (10 kaum aushaltbar) bewerten?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie fühlt sich der Schmerz an (stechend, dumpf, einschließend, etc.)?

Wo ist der Schmerz?

Strahlt der Schmerz aus? Andere Ausstrahlungen?

Aktuelle Situation

Was führt Sie zu mir? Worin sind Sie momentan eingeschränkt?
Vorbeugende Absichten? Seit wann bestehen die Beschwerden und wie
haben sich diese seitdem verändert?

Gab es einen Auslöser? (z.B.: Unfall/Sturz - auch im Kindesalter)

ja nein

Wenn ja, was genau und wann:

Leiden Sie an einer chronischen und/ oder neurologischen Krankheit?

ja nein

Wenn ja, an welcher?

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege?

ja nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie schwanger?

ja nein

Wenn ja, im wievielten Monat?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (auch Pille)

ja nein

Wenn ja, welche:

Vorgeschichte

Hatten Sie schwere Verletzungen? (auch im Kindesalter)

ja nein

Wenn ja, wann (ca.) und welche?

Hatten Sie Operationen in der Vergangenheit? (auch im Kindesalter)

ja nein

Wenn ja, wann (ca.) und welche:

Bisherige Maßnahmen oder andere Therapien: (Spritze, Physiotherapie, etc.)

Welche Therapien haben geholfen?

Nebendiagnosen / zu berücksichtigende Umstände

Herzschrittmacher

ja nein

Beschwerden mit dem Herzen?

ja nein

Herz & Gefäßerkrankungen

ja nein

Hoher Blutdruck

ja nein nicht bekannt

Niedriger Blutdruck

ja nein nicht bekannt

Diabetes

ja nein

Blutgerinnungsstörung

ja nein

Rheuma

ja nein

Osteoporose

ja nein

Gicht

ja nein

Asthma

ja nein

Atembeschwerden

ja nein

Epilepsie

ja nein

Erkrankungen des Verdauungstraktes

ja nein

Gleichgewichtsstörungen/ Schwindel

ja nein

Gangstörung

ja nein

Allgemeines Unwohlsein

ja nein

Erhöhte Müdigkeit

ja nein

Regelmäßige Kopfschmerzen

ja nein

Bewegungsunabhängige Schmerzen (beim NICHT-Bewegen)

ja nein

Nachtschmerz

ja nein

Schweißausbrüche

ja nein

Ungewollter Gewichtsverlust

ja nein

Hohe Stressbelastung

ja nein

Haben Sie einen Gelenkersatz? Wenn ja, wo?

ja nein

Wenn ja, welche/s Gelenk/e:

Weitere Informationen

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

Wenn ja, wie viel?

Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viel?

Nehmen Sie Drogen?

ja nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche:

Gibt es Besonderheiten bei der Ernährung? Haben Sie Beschwerden im Magen-Darmbereich?

Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den ich bei der Therapie beachten sollte?

ja nein

Wenn ja, welche(n)?

Vorhandene Befunde/ Dokumente

Blutbild

Röntgen

CT Computertomographie

MRT Magnetresonanztomographie

Ärztliches Attest vorhanden

(notwendig, sobald nicht rein präventiv / nur vorbeugend/ schmerzfrei!)

ja nein

Chefärztliche Bestätigung vorhanden

(für eventuelle Kostenrückerstattung durch Ihren Versicherungsträger)

ja nein

Fragen oder Anregungen Ihrerseits

Name:

Datum:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!