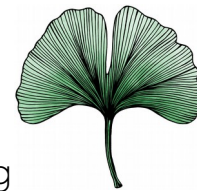


Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie – Psychologische Beratung



ANAMNESE Physiotherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich haben es mir zum Ziel gesetzt, Sie optimal zu behandeln. Dazu ist Ihre Mithilfe gefragt. Ich bitte Sie deshalb, mir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild anzugeben.

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Ich verwende Ihre Angaben ausschließlich für eine ausführliche Befunderhebung.

Gleichzeitig dient mir dieser Fragebogen als Anmeldeformular.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr:

PLZ:

Ort:

Tel. (Festnetz):

Tel. (Mobil):

Mail:

Ich bin damit einverstanden, per Email kontaktiert zu werden: Ja Nein

KEINE Werbung, keine Weitergabe an Dritte! Z.B. zur Terminabsprache.

Alter:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Hobbies/Sport:

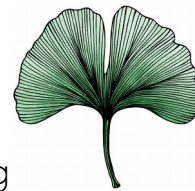
Krankenkasse:

Hausarzt:

Überweisender Arzt:

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? (z.B. Anzeige in... / Internet / Praxisflyer / Praxis-schild / Empfehlung von... etc.):

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



1. Wo haben Sie Probleme/Beschwerden/Schmerzen (bitte markieren Sie den/die entsprechenden Bereich/e)



2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

3. Was bereitet Ihnen im Alltag die meisten Beschwerden? _____

4. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon (Tage/Wochen/Monate/Jahre)? _____

5. Gab es Auslöser für Ihre Beschwerden (Unfall, Operation, Schicksalsschlag etc.)? _____

Wenn ja, markieren Sie bitte auf der Zeitleiste das/die Ereignis/e mittels Angabe der Jahreszahl/en.

Geburt-----Heute

6. Wie stark sind Ihre Schmerzen **momentan** auf einer Skala von 0 bis 10?

kein Schmerz - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 - maximaler Schmerz

7. Haben Sie Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechungen? (bitte entsprechend markieren)

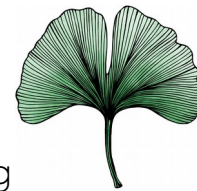
8. Sind Ihre Beschwerden tageszeitenabhängig eher morgens / mittags / abends / nachts?

9. Sind Ihre Beschwerden im Tagesverlauf gleich bleibend / besser werdend / sich verschlechternd?

10. Haben Sie Beschwerden beim Husten / Niesen / Pressen?

11. Was verbessert Ihre Beschwerden (Bewegung/Ruhe/Stehen/Sitzen/Liegen/nichts etc.)? _____

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie – Psychologische Beratung



12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden (Bewegung/Ruhe/Stehen/Sitzen/Liegen/nichts etc.)? _____

13. Haben Sie durch Ihre Beschwerden Probleme beim Gehen? Ja/ Nein

14. Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt (z.B. Kopfdrehung, Kniestreckung etc.)? Ja/ Nein

15. Ist Ihre Sensibilität/Ihr Empfinden verändert? (z.B. kribbelnde Finger, pelziger Fuß etc.)? Ja/ Nein

16. Haben Sie einen Kraftverlust? (z.B. Fußheberschwäche, lahmer Arm etc.)? Ja/ Nein

17. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja/ Nein

18. Leiden Sie unter Schwindel? Ja/ Nein

19. Leiden Sie unter Tinnitus (Ohrgeräusche)? Ja/ Nein

20. Leiden Sie unter Übelkeit? Ja/ Nein

21. Haben Sie Osteoporose (Knochenschwund)? Ja/ Nein

22. Sind Sie Diabetiker/in? Ja/ Nein

23. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welche Woche: _____ Ja/ Nein

24. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? Ja/ Nein

25. Hatten oder haben Sie eine Tumor- bzw. Krebserkrankung? Ja/ Nein

26. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle, Operationen, Herzinfarkt, Schlaganfall? Ja/ Nein

Wenn ja, welche: _____

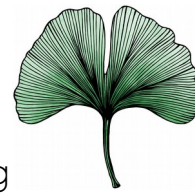
27. Nehmen Sie **aktuell** Medikamente gegen Ihre Beschwerden ein? Ja/ Nein

Wenn ja, welche: _____

28. Nehmen Sie **regelmäßig** Medikamente ein (z.B. Marcumar, Psychopharmaka etc.)? Ja/ Nein

Wenn ja, welche: _____

Praxis für ganzheitliche Therapie
Physiotherapie - Psychologische Beratung



29. Haben Sie **chronische** Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma etc.)?

Ja/ Nein

Wenn ja, welche: _____

30. Sind Sie bereit, Zeit zu investieren, um eine Verbesserung zu erzielen?

Ja / Nein

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Eutin, den _____ Unterschrift: _____