

## Anamnesebogen – Physiotherapie & Training Aichach

Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie auf einer Scala von 0 (kein Schmerz) – 10 (schlimmster Schmerz) Ihre momentanen Probleme an:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Der Schmerz hat seit dem ersten Auftreten ...

zugenommen  abgenommen  gleichgeblieben  ständig da  zeitweise spürbar  nicht akut

Wie fühlt sich der Schmerz an?

stechend, hell  dumpf  pochend  krampfend  ziehend  verbunden mit Kribbeln  Schwere  
 Brennen  taub  verbunden mit Steifigkeit  diffus / unklar

Gibt es Faktoren, die Einfluss auf Ihre Beschwerden haben?  ja  nein

Wenn ja, schlechter bei:

Bewegung  im Stehen  im Liegen  im Sitzen  in der Nacht  am Morgen  bei Stress

sonstiges \_\_\_\_\_

Wenn ja, besser bei:

Bewegung  im Stehen  im Liegen  im Sitzen  in der Nacht  am Morgen  bei Ablenkung

sonstiges \_\_\_\_\_

Können Sie die Schmerzen provozieren?  ja  nein

Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen beim Husten / Niesen / Pressen?  ja  nein

Haben Sie Kraftverlust in den Gliedern?  ja  nein

Haben Sie Taubheit in den Gliedern?  ja  nein

Wurden bisher Maßnahmen der Diagnostik und Therapie durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Röntgen  CT  Kernspin (MRT)  Spritzen  Massage  Physiotherapie

sonstiges \_\_\_\_\_

Schlafverhalten – Haben Sie Schlafprobleme?  ja  nein

Wenn ja, welche?

kann nicht gut einschlafen  werde häufiger wach  massive Schmerzen (ca. 3 – 4 Uhr) in der Nacht

Haben Sie in den letzten Wochen ungewollt an Gewicht verloren?  ja  nein

→ bitte wenden

**Haben Sie Beschwerden im Hals-Nasen-Ohren Bereich? Vorherige Erkrankungen?**

ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Sprachprobleme  Schluckbeschwerden  Schwindel  Ohrgeräusche  
 sonstiges \_\_\_\_\_

**Sind Sie Raucher?**

ja  nein

Wenn ja, Anzahl der Zigaretten am Tag \_\_\_\_\_

**Haben Sie Herz-Kreislaufbeschwerden?**

ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Bluthochdruck  niedriger Blutdruck  Krampfadern  gestaute Beine, Thrombosen, Embolien  
 Herzinfarkt  Herz-OP  Schlaganfall  sonstiges \_\_\_\_\_

**Haben Sie Nebenerkrankungen?**

ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Rheuma  Osteoporose  Diabetes  Asthma  Schilddrüsenerkrankung  
 Tumore \_\_\_\_\_  sonstiges \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Blutverdünner, welche? \_\_\_\_\_  Kortison  Magensäurehemmende Mittel  
 Schmerzmittel, welche? \_\_\_\_\_  Betablocker

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**

ja  nein

**Wenn ja, wann und welche Operationen wurden durchgeführt?**

**Haben Sie Probleme im Verdauungsapparat?**

ja  nein

**Wenn ja, welche?**

Blähungen  Völlegefühl  Krämpfe  Verstopfung  Durchfall  Sodbrennen  
 Nahrungsmittelallergie  Nahrungsmittelunverträglichkeit  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Sport:** \_\_\_\_\_

**Hobbys:** \_\_\_\_\_