

Anamnesebogen

Um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir Informationen zu Ihnen als Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Vollständiger Name	Geburtsdatum
Ausgeübte berufliche Tätigkeit	Ausgeübte/r Hobbies/Sport
Datum, Unterschrift	

AKTUELLE BESCHWERDEN UND EINSCHRÄNKUNGEN:

1. Haben Sie Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein

2. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ☐ Ja ☐ Nein

3. Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ☐ Ja ☐ Nein

4. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ☐ Ja ☐ Nein

5. Was sind Ihre Hauptbeschwerden ? _____

6. Welche Einschränkungen haben Sie im Alltag, die Sie verbessern möchten? _____

7. Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon? _____

8. Was verbessert oder verschlechtert Ihre Beschwerden? Verbesserung einkreisen Verschlechterung unterstreichen

Aktivität | Ruhe | Liegen | Sitzen | Aufstehen | Bücken | Beugen | Stehen | Gehen | Laufen | Heben | Tragen

Überkopfarbeit | Greifen | Arbeit | Hobby | Sport | Sonstiges: _____

9. Wann treten die Beschwerden hauptsächlich auf? Bitte einkreisen morgens | mittags | abends | nachts

10. Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell? Bitte einkreisen 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

ZUR BEANTWORTUNG DER FRAGEN 11 – 18 DENKEN SIE BITTE NUR AN DIE VERGANGENEN ZWEI WOCHEN:

11. Wie stark waren Ihre Schmerzen im Durchschnitt betrachtet? Bitte einkreisen 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(kein Schmerz) (maximaler Schmerz)

12. Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ☐ Ja ☐ Nein

13. Haben Sie sich durch Ihre Schmerzen stark gestört gefühlt? ☐ Ja ☐ Nein

14. Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ☐ Ja ☐ Nein

15. Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ☐ Ja ☐ Nein

16. Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ☐ Ja ☐ Nein

17. Haben Sie sich aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ☐ Ja ☐ Nein

18. Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ☐ Ja ☐ Nein

19. Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ☐ Ja ☐ Nein

20. Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf? ☐ Brennen ☐ Ja ☐ Nein
☐ Gefühl einer schmerzhaften Kälte ☐ Ja ☐ Nein
☐ Elektrische Schläge ☐ Ja ☐ Nein

21. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben Körperbereich auf? ☐ Kribbeln ☐ Ja ☐ Nein
☐ Piksen ☐ Ja ☐ Nein
☐ Taubheitsgefühl ☐ Ja ☐ Nein
☐ Juckreiz ☐ Ja ☐ Nein

22. Ihre Beschwerden haben Sie: ☐ Bitte ☒ einkreisen permanent | mit Unterbrechungen

23. Ihre Beschwerden sind: ☐ Bitte ☒ einkreisen besser werdend | gleich bleibend | schlechter werdend | variabel

24. Haben Sie aktuell Schmerzen... ☐ Bitte ☒ einkreisen bei Ruhe | in der Nacht | dauernd ? ☐ Ja ☐ Nein

25. Haben Sie eines der unten aufgeführten Leiden? ☐ Bitte ☒ einkreisen ☐ Ja ☐ Nein

Kopfschmerzen | Gang- oder Gleichgewichtsstörungen | Blasenschwäche | Schwindel | Übelkeit

Ohnmachtsanfälle | Benommenheit | Fieber | extremes nächtliches Schwitzen | Schluckbeschwerden | Doppelbilder

26. Haben Sie Probleme mit dem Folgenden? ☐ Bitte ☒ einkreisen ☐ Ja ☐ Nein

Sehen | Sprechen | Hören | Inkontinenz | Verstopfung | morgendliche Steifheit | leichte Blutergüsse

Kurzatmigkeit | Krämpfe

27. Gibt es ein Trauma, eine OP, Vorerkrankung, einen Sturz oder Unfall im Zusammenhang mit den Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Welche: _____

28. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? ☐ Bitte ☒ einkreisen ☐ Ja ☐ Nein

Asthma | Diabetes | Osteoporose | Bluthochdruck | Herzleiden | Lungenleiden | Schilddrüsenerkrankung

29. Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ☐ Ja ☐ Nein

30. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Impfungen erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wie oft? _____

31. Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, Schmerzmittel, usw.)? ☐ Ja ☐ Nein

32. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

33. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet zugenommen oder abgenommen? ☐ Ja ☐ Nein

34. Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

35. Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

36. Bewegen Sie sich in der Woche regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

37. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ☐ Ja ☐ Nein

38. Haben Sie Schwierigkeiten nachts durchzuschlafen? ☐ Ja ☐ Nein

39. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? ☐ Bitte ☒ einkreisen

Röntgen | Computertomographie CT | Kernspintomographie MRT | Spritze | Massage | Physiotherapie | Rehasport

Anderes: _____

40. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____