

Sehr geehrte Patienten,

Wir möchten Ihnen durch diesen Fragebogen eine effektivere Therapie anbieten und durch Ihre Mithilfe mehr Zeit für die Therapie haben.

Ihre Angaben in diesem Anamnesebogen dienen der Vorbereitung des Therapeuten für Ihre Behandlung. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, wird diese zum ersten Behandlungstermin zusammen mit Ihnen besprochen.

---

**Vom Therapeut auszufüllen:**

Ausgabedatum: \_\_\_\_\_

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Erster Behandlungstermin: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_

	Ja	Nein	Allgemeine Fragen								
1			Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ K								
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?								
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Fieber oder erhöhte Temperatur?								
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Weshalb: _____								
5			Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Medikament / Präparat</th> <th style="width: 50%;">Grund der Einnahme</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Medikament / Präparat	Grund der Einnahme						
Medikament / Präparat	Grund der Einnahme										
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Hormonstöru <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Organstörungen <input type="checkbox"/> Blutgerinnun <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Drüsenstörungen <input type="checkbox"/> neurologische <input type="checkbox"/> Sonstige: _____								
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie bereits Brüche und/oder Operationen? Wenn ja, bitte chronologisch angeben: _____ _____								
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gab es in Ihrer Familie Fälle von <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall								
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als fünf Infektionen pro Jahr)								
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren?								
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg oder Diastolisch > 90 mmHg) _____ / _____								
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Kopfschmerzen?								
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?								
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?								
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?								
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängig?								
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?								
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommt es zu Kraftverlust in Armen bzw. Beinen?								
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können? Welche? _____								
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt und/oder Ihnen mitgeteilt, dass Sie körperliche Leistungen nur unter ärztlicher Aufsicht tätigen dürfen?								
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?								

23

Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können?

Welchen:

\_\_\_\_\_

**Beschwerdespezifische Fragen**

24

Liegt ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zu Grunde?

Kurze Beschreibung:

\_\_\_\_\_

25

Haben Sie permanent Schmerzen?

26

Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?

27

Haben Sie Nachtschmerzen?

28

Sind ihre Beschwerden unabhängig von Haltung und/oder Bewegung?

29

Haben Sie vermehrt Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten?

und zwar:  morgens  tagsüber  abends  nachts

30

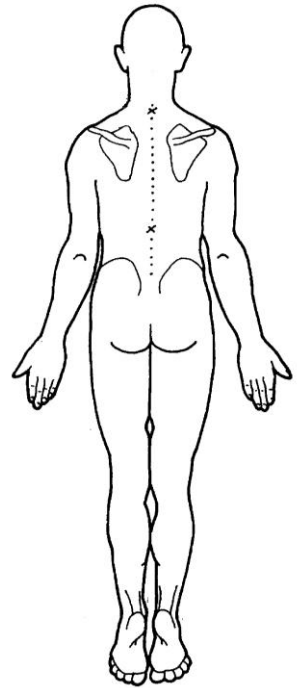
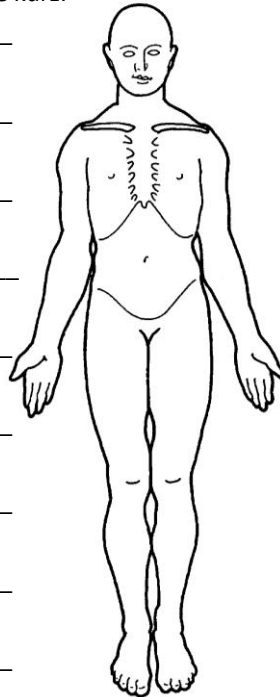
Treffen folgende Symptome auf Sie zu?

Kribbeln  Taubheitsgefühle  Lähmungserscheinungen  
 Spastiken

32

Bitte zeichnen Sie grob die Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben Sie diese kurz:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Nur von Frauen zu beantworten**

33

Sind Sie Schwanger?

34

Sind Sie in der Menopause? Seit: \_\_\_\_\_ Jahren

**Erklärung**

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben,  
bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Nr.**

**Ergänzungen des Physiotherapeuten**

**Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Therapeut