

ANAMNESEBOGEN

ZUR PHYSIOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG

Dieser Bogen dient dazu, eine umfassende und sichere Physiotherapie zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, kreisen Sie die Entsprechende Frage ein. Alle Fragen die mit ja beantwortet wurden, werden anschließend besprochen.

Name PatientIn

Geburtsdatum

1. WAS SIND IHRE HAUPTBESCHWERDEN/ WARUM BRAUCHEN SIE THERAPIE?

2. HABEN SIE MOMENTAN SCHMERZEN? ☐ Ja | ☐ Nein

2.1. Wenn ja, wie stark? **Ganz leicht** ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 | ☐ 7 | ☐ 8 | ☐ 9 | ☐ 10 **Unerträglich**

2.2. Nehmen Sie gegen die Schmerzen Medikamente ein? ☐ Ja | ☐ Nein

3. NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? ☐ Ja | ☐ Nein

Wenn ja, welche – gerne auch wofür/wogegen? (einschließlich Präparate zur Empfängnisverhütung)

4. HATTEN SIE IN IHREM LEBEN SCHON UNFÄLLE UND/ODER OPERATIONEN? ☐ Ja | ☐ Nein

Wenn ja, welche? Stichworte reichen. (Auch länger/lange zurück liegend.)

5. HABEN SIE EINES DER FOLGENDEN PROBLEME? (BITTE ALLE ZUTREFFENDEN ANKREUZEN)

5.1. Leiden Sie an Osteoporose? ☐ Ja | ☐ Nein

5.2. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? ☐ Ja | ☐ Nein

5.3. Leiden Sie an Rheuma/Gicht? ☐ Ja | ☐ Nein

5.4. Leiden Sie an Epilepsie? ☐ Ja | ☐ Nein

5.5. Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen/hatten Sie schon Thrombosen? ☐ Ja | ☐ Nein

5.6. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? ☐ Ja | ☐ Nein

5.7. Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? ☐ Ja | ☐ Nein

5.8. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ☐ Ja | ☐ Nein

5.9. Haben Sie Asthma/COPD/Lungenerkrankungen? ☐ Ja | ☐ Nein

5.9. Hatten Sie schon Knochenbrüche oder größere Stürze? ☐ Ja | ☐ Nein

6. HABEN ODER HATTEN SIE EINE TUMOR- ODER KREBSERKRANKUNG? ☐ Ja | ☐ Nein

6.1. Wenn ja, befinden Sie sich derzeit in einer Behandlung? ☐ Ja | ☐ Nein

6.2. Wie erfolgt/e die Behandlung? (Chemo, Bestrahlung, Operative Eingriffe, ...) _____

7. WURDE BEI IHNEN EINES ODER MEHRERE DER FOLGENDEN HERZPROBLEME FESTGESTELLT?

7.1. Hypertonie/Bluthochdruck/Atherosclerose? ☐ Ja | ☐ Nein

7.2. Leiden Sie unter koronarer Herzkrankheit oder Herzrhythmusstörungen? ☐ Ja | ☐ Nein

7.3. Hatten Sie schon einen Herzinfarkt? ☐ Ja | ☐ Nein

7.4. Z.n. Apoplex/Schlaganfall? ☐ Ja | ☐ Nein

7.5. Leiden Sie an einer Herzinsuffizienz? ☐ Ja | ☐ Nein

7.6. Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator/Stent/Bypass? ☐ Ja | ☐ Nein

8. SIND SIE SCHWANGER. ☐ Ja | ☐ Nein

9. HABEN SIE SONSTIGE WICHTIG ZU ERWÄHNENDE ERKRANKUNGEN? ☐ Ja | ☐ Nein

**SÄMTLICHE ANGABEN SIND NACH BESTEM WISSEN &
GEWISSEN VOLLSTÄNDIG UND KORREKT ANGEGEBEN:**

Datum & Unterschrift PatientIn | gesetzliche/r VertreterIn