

## Anamnesebogen

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Beruf/letzte Tätigkeit:

Sport/Hobbys:

Ärztliche Diagnose:

---

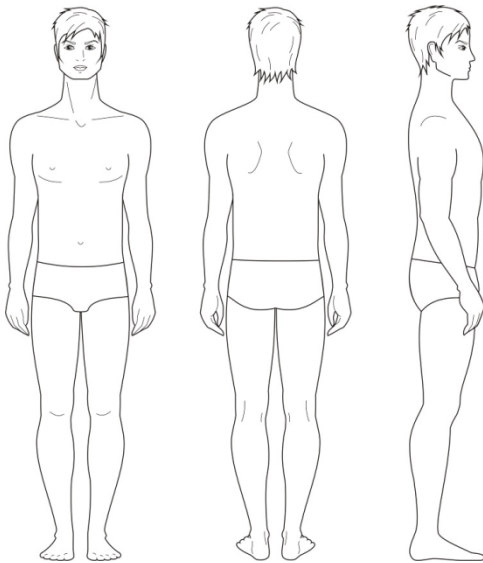
Was führt Sie zu uns?/Welche Beschwerden haben Sie?

---

Wo haben Sie Schmerzen?

---

Bitte zeichnen Sie den Schmerz/Schmerzverlauf ein:



Wann/bei welchen Aktivitäten haben Sie Schmerzen? (Bsp. Nachtschmerz, Morgenschmerz, Belastungsschmerz)

---

Wie tut es weh? Bitte einkreisen.

*Ziehend, stechend, brennend, dumpf oder ausstrahlend*

---

Wie lange, bzw. seit wann haben Sie schon Schmerzen bzw. gab es einen Auslöser?

---

Haben Sie Probleme in anderen Körperregionen?

---

**Bitte einkreisen:**

Ich würde meine Schmerzen so einstufen: Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stark

Wie stark bin ich im Alltag eingeschränkt? Gar nicht 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stark

Haben Sie weitere Erkrankungen?

**Bitte ankreuzen:**

Schwindel:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Tinnitus:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/>
Bluthochdruck:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Übelkeit:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Magenprobleme:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Nächtliches Schwitzen:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Gewichtsverlust ( <b>unerwünscht!</b> )	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Häufiges Husten:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Kurzatmigkeit:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Luftnot:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Osteoporose:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Rheumatische Erkrankungen:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Krebserkrankungen/Tumore:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Diabetes:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
HIV:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Hepatitis:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	
Allergien/Unverträglichkeiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Andere:			

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, wieviel am Tag (morgens, mittags, abends)?  
(bitte nur Übergruppen, wie Schmerz, Blutverdünnung, Blutdruck, Rheuma oder Ähnliche)

---

Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche und wann?

---

---

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie bzw. welche Ziele möchten Sie verfolgen?

---

Vielen Dank!