

Anamnesebogen

Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w d

Größe: _____m

Gewicht: _____Kg

Aufgaben/Beruf/Hobbys/Schule/Kindergarten: _____

Warum kommen Sie zu uns? _____

aktuell gefühlte Beeinträchtigung: keine gering mittel hoch sehr hoch

Ihre Ziele? _____

Ihre Bereitschaft, Dinge im Alltag zu ändern, um Ihre Ziele zu erreichen:
 keine gering mittel hoch sehr hoch

Wodurch lässt sich Ihre Situation verbessern/verschlechtern?

Waren Sie mit Ihren Beschwerden zuvor beim Arzt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt | <input type="checkbox"/> Orthopäde |
| <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Kardiologe / Internist |
| <input type="checkbox"/> Psychiater | <input type="checkbox"/> Pädiater (Kinderarzt) |

-
1. Leiden Sie aktuell unter Schmerzen und haben sich diese in den letzten 2 Wochen massiv verschlechtert?
 ja nein
 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. blutverdünnende Medikamente, Anti-Baby-Pille, etc.) ein?
Wenn ja, welche?
 ja nein
Blutdrucksenker:
Gerinnungshemmer:
Schmerzmittel (NSAR; IBU, Paracetamol, Aspirin, Novalgin, Coxib Hemmer...):
Insulin/Metformin:
Biologicals:
Kortison:
Antidepressiva:
Andere: _____
 3. Sind Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV, AIDS)
 ja nein
 4. Sind chronische Erkrankungen bekannt? (z. B. Rheuma, Diabetes, Autoimmunerkrankungen, etc.)
Wenn ja, welche?
 ja nein

5. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren eine Operation? Wenn ja, welche?
_____ ja nein
6. Leiden Sie unter Bluthochdruck >140/95 mmHg? ja nein
7. Sind schwerwiegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannt? ja nein
8. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder andere Gegenstände (Schrauben, Platten, Implantate, etc.) im Körper?
Wenn ja, welche?
_____ ja nein
9. Bestehen Wundheilungsstörungen? ja nein
10. Sind Allergien bekannt? Wenn ja, auf welche Substanzen?
_____ ja nein
11. Besteht bei Ihnen Thrombosegefahr? ja nein
12. Wenn Sie eine Frau sind: Besteht eine Schwangerschaft?
SSW: _____ ja nein
13. Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewollt massiv abgenommen (mehr als 10% Ihres Körpergewichts)? ja nein
14. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? ja nein
15. Haben Sie mehr als fünf Infekte mit klaren (Husten, Schleim, Durchfälle, Fieber o.ä.) Symptomen pro Jahr? ja nein
16. Leiden Sie an Sprach- und/oder Schluckproblemen? ja nein
17. Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder ungewöhnlichen Husten? ja nein
18. Leiden Sie an Durchblutungsstörungen (z.B. PAVK, Krampfadern o.ä.) ja nein
19. Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber und Schüttelfrost? ja nein
20. Leiden Sie unter Nachtschweiß? ja nein
21. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? ja nein
22. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit und Erbrechen? ja nein

23. Leiden Sie unter Gleichgewichtsstörungen, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal? ja nein

24. Haben Sie unter jeglicher körperlicher Belastung Brustschmerzen? ja nein

25. Kommen Sie bei unangemessen geringen Anstrengungen schnell außer Atem? ja nein

26. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Knochenbrüche? ja nein

27. Ist eine Osteoporose bekannt? ja nein

28. Haben Sie in den letzten 7 Jahren geraucht? ja nein

Wie viele Zigaretten/oder vergleichbares pro Tag?

29. Bemerkten Sie Konzentrations-, Merk- oder andere Hirnleistungsprobleme an sich? ja nein

30. Leiden Sie unter einer unüblichen Müdigkeit und/oder Reizbarkeit? ja nein

31. Leiden Sie unter Kontrollverlust im Blasen-, oder Darmbereich? ja nein

32. Kommt es plötzlich zu fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen? ja nein

33. Gab es in Ihrer Familie Fälle von:

- Krebs
- Osteoporose
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Bluterkrankungen
- Erkrankungen der Schilddrüse

Datum: _____

Unterschrift (Patient): _____