

# Anamnesebogen



Um Sie optimal unterstützen und behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

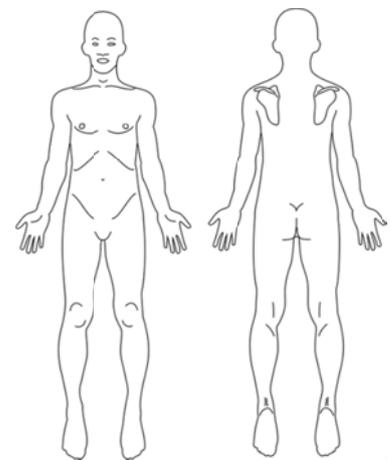
\_\_\_\_\_  
Ausgeübte berufliche Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Ausgeübte(r) Hobbies/Sport

## 1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte markieren Sie Ihre Beschwerdezone.

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



## 2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

\_\_\_\_\_

## 3. Gibt es einen Auslöser für die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

## 4. Wie sind Ihre Beschwerden?

Schmerzen  
Bewegungseinschränkung  
Probleme beim Gehen  
Kraftverlust

Alltagsbeschwerden  
Kribbeln, Taubheit  
Schwindel

Wie beurteilen Sie die Schmerzintensität?  
Skala von 0 (schwach) bis 10 (unerträglich)

\_\_\_\_\_

## 5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

## 6. Gibt es Vorerkrankungen, Unfälle, Operationen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Gibt es weitere Erkrankungen? (bitte auswählen)

Andere: \_\_\_\_\_

## 8. Nehmen Sie Medikamente? (z.B. Blutverdünner, Schmerzmittel)

\_\_\_\_\_

## 9. Welche Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie wurden bis durchgeführt? (bitte auswählen)

Anderes: \_\_\_\_\_

## 10. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift