



» Zum Anamnesebogen

Liebe Patienten - innen,

um Ihnen eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte nehmen Sie sich für die beiden Fragebögen etwas Zeit – je genauer und präziser Sie Ihre Angaben machen, umso spezifischer und können wir Sie behandeln.

Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der therapeutischen Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich.

Vielen Dank!

**Ihr Team der Physiotherapie & Naturheilkunde
Praxis Herrmann**

Datum: _____

Name: _____

1 » Allgemeines

Allgemeines Unwohlsein	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	seit wann _____	
Müdigkeit	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	seit wann _____	
Schwindel	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	seit wann _____	
	wie häufig _____	
Kopfschmerzen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	seit wann _____	
	wie häufig _____	
Bewegungsunabh. Schmerzen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Nachtschmerz	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Ungewollter Gewichtsverlust	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Besteht aktuell eine Schwangerschaft	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	wieviele Woche _____	
Operationen / Narbenverwachsungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	wann _____	
Verletzungen / Unfälle	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	wann _____	
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / HIV, ...)	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
	welche _____	

2 » Erkrankungen

Haben Sie weitere akute oder chronische Erkrankungen bzw. entzündliche Prozesse wie z.B. Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, Osteoporose, Asthma, Bluthochdruck, Herz-Gefäßserkrankungen, Schlaganfall?

nein ja

welche _____

3 » Medikamente

a) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

z.B. Marcumar/andere blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS), Cortison, Betablocker

b) Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel ein?

nein ja

seit wann _____

wie viele _____

wie oft _____

4 » Persönliche Situation

a) Sind Sie berufstätig? nein ja welchen Beruf?

b) Haben Sie aktive Freizeithobbies (z.B. Gartenarbeit, Stricken, ...)?

c) Treiben Sie Sport? nein ja

welchen _____

wie oft 1-2 x die Woche 3-4 x die Woche

d) Welche Eigenschaften treffen in ihrem Alltag oder in Bezug auf ihre Erkrankung auf Sie zu:

» gestresst nein ja

» depressiv nein ja

» ängstlich nein ja

» überfordert nein ja