

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,

der vorliegende Fragebogen dient als Ergänzung zum Erstgespräch mit Ihrem/Ihrer Therapeuten\*in. Er gibt erste Hinweise darauf, ob Ihre Beschwerden physiotherapeutisch sinnvoll zu beeinflussen sind oder ob, begleitend oder vorab, eine genauere medizinische Abklärung notwendig erscheint.

Hierfür werden sowohl Informationen zu Ihrem Gesundheitsproblem als auch zu Ihrer allgemeinen Gesundheit benötigt.

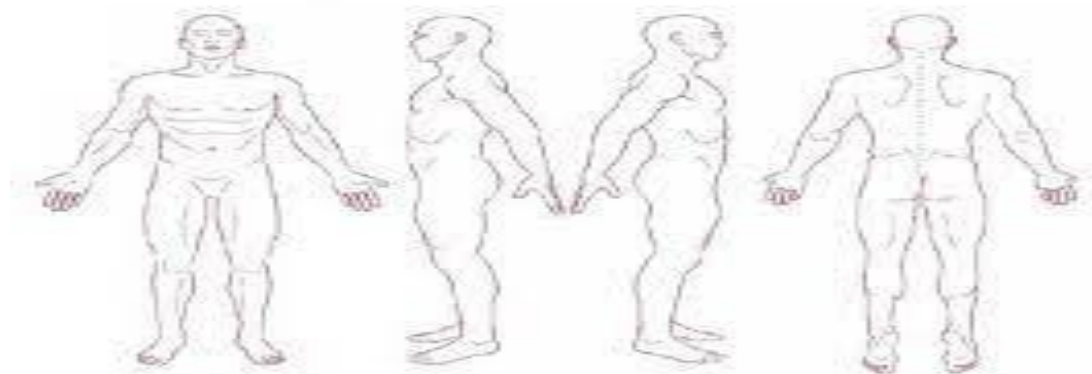
Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Offene Fragen werden in der Therapie besprochen. Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

(Dieser Fragebogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich dem therapeutischen Fachpersonal als Hilfsmittel im Screening Prozess. Die Benutzung erfolgt ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Gesundheitliches Hauptproblem**



Bitte zeichnen Sie grob Ort und Ausbreitung der Beschwerden ein und beschreiben diese kurz:

---

---

### Schmerzskala (Bitte ankreuzen)

Bitte geben Sie auf der unten stehende Skala Ihre maximale Schmerzstärke der letzten 48 Stunden an.



**Ja** Nein

- Treffen folgende Symptome auf Sie zu?
  - Kribbeln  Taubheitsgefühl  Lähmungserscheinung  Spastiken  Muskelkrämpfe
- Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden: \_\_\_\_\_
- Kam es zu einer massiven Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten zwei Wochen?
- Liegt Ihren Beschwerden ein Ereignis bzw. eine Verletzung zugrunde?  
Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_
- Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?
- Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?
- Haben Sie Nachtschmerzen?
- Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?
- Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten?  
Welche \_\_\_\_\_

**Ja** Nein

### Allgemeiner Gesundheitszustand

- Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
- Haben Sie in letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?
- Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
- Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als fünf Infekten pro Jahr)
- Leiden Sie unter Schluckstörungen?
- Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder einen ungewöhnlichen Husten?
- Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?

- Leiden Sie unter nächtlichen Schwitzen?
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
- Leiden Sie unter folgenden Symptomen?  Schwindel  Übelkeit  Erbrechen
- Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?
- Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: \_\_\_\_\_

**Ja Nein (Vor-) Erkrankung**

- Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?
- Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:
  - Diabetes  Osteoporose  Tuberkulose
  - Störung der Schilddrüse, welche?: \_\_\_\_\_  Krebs, welcher Art?: \_\_\_\_\_
  - Hormonstörungen, welche? \_\_\_\_\_  Organstörungen, welche?: \_\_\_\_\_
  - Blutgerinnungsstörung  Hepatitis  HIV / AIDS
  - neurologische Erkrankungen  Sonstige \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?**

Grund der Einnahme	Medikament/ Präparat	Seit wann?

- Haben Sie über längere Zeit Kortison eingenommen
- Haben Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?
- Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_
- Haben Sie früher geraucht und seit wann rauchen Sie nicht mehr? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihnen Veränderungen des Bluthochdrucks bekannt?
- Bemerkten Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen; erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst?

- Haben Sie Veränderungen bei der Kontrolle von Blase und/oder Darm festgestellt?
- Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen?
- Gab es in Ihrer Familie Fälle von:
  - Osteoporose
  - Herzerkrankungen
  - Schlaganfall
  - Krebs
  - Bluterkrankungen

Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten?

---

---

### Erklärung

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift!

**Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass der Fragebogen, alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.**

---

Datum

---

Unterschrift Patient

---

Unterschrift Therapeut