



ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Alter: _____

Beruf: _____

Sport/Hobby (Umfang/Intensität pro Woche): _____

Diagnose/ aktuelle Verletzung: _____

Welche Maßnahmen wurden zur Diagnostik durchgeführt (Röntgen, CT, MRT..):

Wurde eine OP auf Grund der aktuellen Problematik durchgeführt, wenn ja wann und welche:

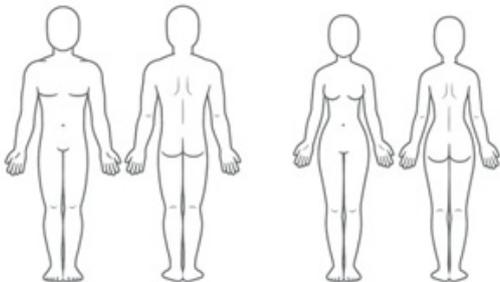
Hilfsmittel (z.B.: Orthese, Unterarmgehstöcke) _____

Nebenerkrankungen: _____

Medikamente: _____

1. Was ist Ihr derzeitiges Hauptproblem? _____

2. Wo haben Sie Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen)?

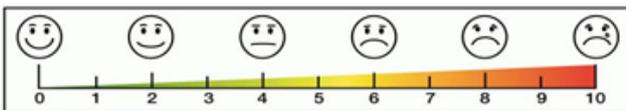


3. Inwieweit sind Sie dadurch in Ihrem Alltäglichen Leben eingeschränkt? _____

4. Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

5. Gab es einen Auslöser? Wenn ja, welchen. _____

6. Wie stark sind Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 1-10. (bitte ankreuzen)



7. Wie würden Sie den Schmerz beschreiben? _____

8. Treten folgenden Beschwerden zusammen mit dem Schmerz auf?

- Kribbeln
- Piksen
- Taubheitsgefühl
- Juckreiz
- Kraftverlust



9. Was macht Ihre Beschwerden besser? _____

10. Was macht die Beschwerden schlimmer? _____

11. Haben Sie einem Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerz? (bitte einkreisen)

12. Leiden Sie unter Einschlaf/Durchschlaf Problemen? _____

13. Hat sich ihr Allgemeinzustand in den letzten Wochen ihrer Ansicht nach verschlechtert? _____

14. Haben Sie in den letzten Wochen unerklärlich an Gewicht verloren?

Ja

Nein

15. Welche Art Therapie wurden bisher durchgeführt (bitte einkreisen)

Spritze /Massage /Physiotherapie /Training /Anderes

16. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Bitte senden Sie uns wenn möglich vorab vorhanden Arzt-, CT-,MRT-,Röntgenberichte per Mail zu.

Sollte dies für Sie nicht möglich sein bringen Sie die Unterlagen zu ihrem ersten Termin mit.