

KENNTNISNAHME UND ANAMNESEBOGEN

Herzlich Willkommen in unserer Privatpraxis für Physiotherapie in Bad Homburg.

Um Sie optimal behandeln zu können, füllen Sie bitte folgenden Anamnesebogen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weiter gegeben.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

Telefon, E-Mail Adresse

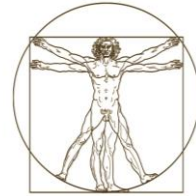
Krankenkasse, Hausarzt

Beruf, Hobbies

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Allgemeines / bekannte Krankheiten (bitte zutreffendes einkreisen)

Kopfschmerzen	JA	NEIN
Schwindel	JA	NEIN
Müdigkeit	JA	NEIN
Schlaflosigkeit/ Schlafstörungen	JA	NEIN
Akute Infekte	JA	NEIN
Gang- oder Gleichgewichtsstörungen	JA	NEIN
Bluthochdruck	JA	NEIN
Krampfadern	JA	NEIN
Parkinson	JA	NEIN
Thrombose	JA	NEIN
Schlaganfall	JA	NEIN



Frühere Erkrankungen / OPs?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc.)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen?

JA NEIN

(wie z.B. Rheuma, Osteoporose, Lymph- oder Lipödem, Diabetes, Asthma, Nieren-/
Harnleitererkrankung, Herz- und Gefäßerkrankungen, Magen- / Darmerkrankungen etc.)

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein (Schmerzmittel, Betablocker, Cortison, etc.)?

JA NEIN

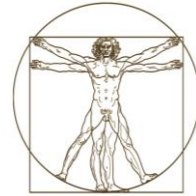
Wenn ja, welche?

**Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- oder Bewegungsgrenzen,
die wir beachten müssen?**

JA NEIN

Wenn ja, welche?

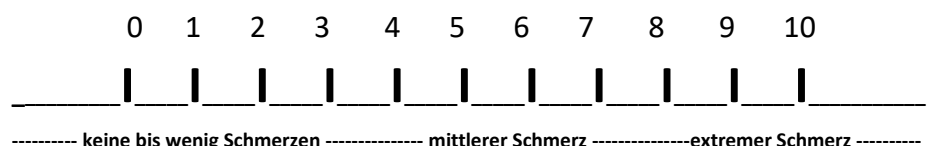
Welche Maßnahmen zur Diagnostik/Therapie wurden bisher durchgeführt? (Röntgen,
Computertomographie, Massagen, Spritzen, Physiotherapie, Akupunktur, etc.)



Akute Beschwerden:

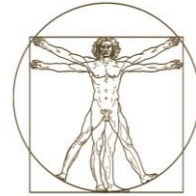
Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann und wie äußern sie sich?

Beschreiben Sie die Art und Weise ihrer Schmerzen (z.B. bohrend, stechend, reißend, klopfend, dumpf, einschließend...). Ist Ihre Sensibilität verändert (Taubheit, Kribbeln)? Was hat Einfluss, positiv und negativ, auf Ihre Beschwerden (z.B. Wärme, Kälte, eine bestimmte Bewegung...)? Wann nimmt der Schmerz zu, wann nimmt er ab? Wann treten Ihre Schmerzen auf? Ist ihre Beweglichkeit, Sensibilität verändert? Haben Sie Kraftverlust? Was für Einschränkungen haben Sie im Alltag? Welche Bewegungen können Sie nur schlecht oder gar nicht ausführen? Am besten, Sie erstellen ein separates Schmerzprotokoll, indem Sie jeden Tag bis zur Behandlung alles eintragen und bringen es dann zur Behandlung mit. Je ausführlicher Sie alles beschreiben, desto besser und effektiver können wir Sie behandeln. Notieren Sie auch ob und wann Sie Schmerzmittel nehmen. Bitte zeichnen Sie noch in die untere Schmerzskala ein, wie stark Ihr/e Schmerz/en ist/sind.

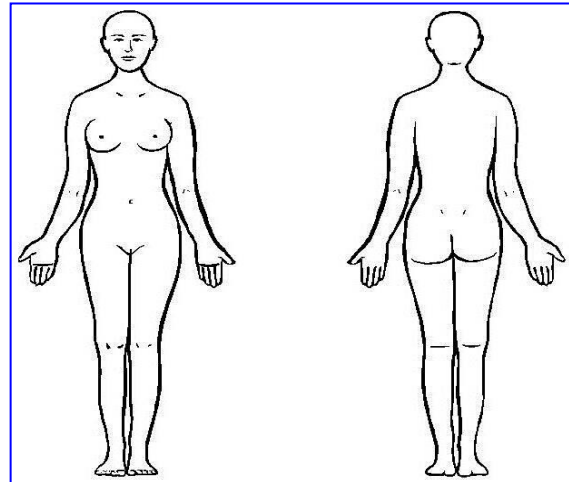
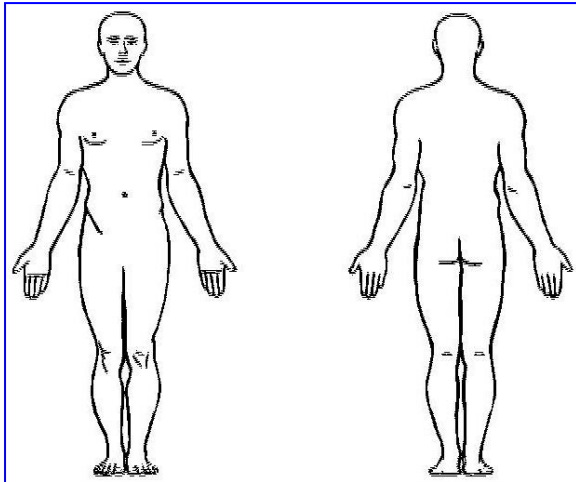


Ist Ihre Beweglichkeit, Sensibilität verändert? Haben Sie einen Kraftverlust? Was für Einschränkungen haben Sie im Alltag? Welche Bewegungen können Sie nur schlecht oder gar nicht ausführen? Haben Sie noch mehr Beschwerden, außer Ihren Hauptschmerzen?

Nehmen Sie die Rückseite dieser Blätter und erstellen Sie ein ausführliches Schmerzprotokoll. Je ausführlicher umso besser und effektiver können wir Sie behandeln.



Bitte zeichnen Sie in den Figuren Ihre Schmerzen/ Beschwerdeazonen ein:



Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Unfall, Sturz, OP, Schlaganfall, etc.)

Hatten Sie zuvor schon andere Therapien?

JA NEIN

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Datum und Unterschrift: _____