



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 / OP?

JA NEIN

Wenn ja welche?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc.)?

JA NEIN

Wenn ja welche?

Leiden Sie an akuten oder chronischen Nebenerkrankungen?

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?**

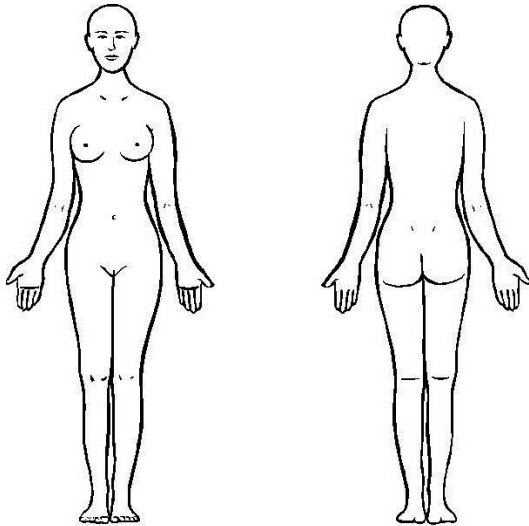
JA NEIN

Wenn ja welche?

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



Bitte zeichnen Sie in den Figuren Ihre Schmerzen/ Beschwerdeazonen



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: _____