

Erstanamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, über Ihre Entscheidung meine physiotherapeutischen Leistungen zu nutzen.

Es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Um die erste Behandlung für Sie zeitlich effektiver nutzen zu können, benötige ich vorab einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Einzelne Fragen können auch im persönlichen Anamnesegespräch beantwortet werden.

Ich möchte Sie bitten, mir den Bogen zur ersten Behandlung mitzubringen. Vielen Dank. Alle Informationen unterliegen selbstverständlich der medizinischen Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Bitte beachten Sie die

„Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ (s.u.).

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		PLZ und Wohnort
Email	Telefon (tagsüber)	
Beruf / ausgeübte Tätigkeit		Sport / Art und Häufigkeit pro Woche

Ist bei Ihnen eine Erkrankung bekannt, wie z.B.:

(falls ja, bitte im Freitext näher beschreiben)

- Bewegungsapparat (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Arthrose) _____
- Herz- Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, KHK, Bluthochdruck) _____
- Nierenerkrankung _____
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD) _____
- Erkrankungen des Gemüts / Psyche (Depression, Burnout, Panikattacken) _____
- Rheumatischer Formenkreis _____
- Osteoporose _____
- Malige Erkrankung (z.B. Karzinom, Krebs) _____
- Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, Covid-19) _____
- Vorausgegangene Operationen _____
- Medikamente _____

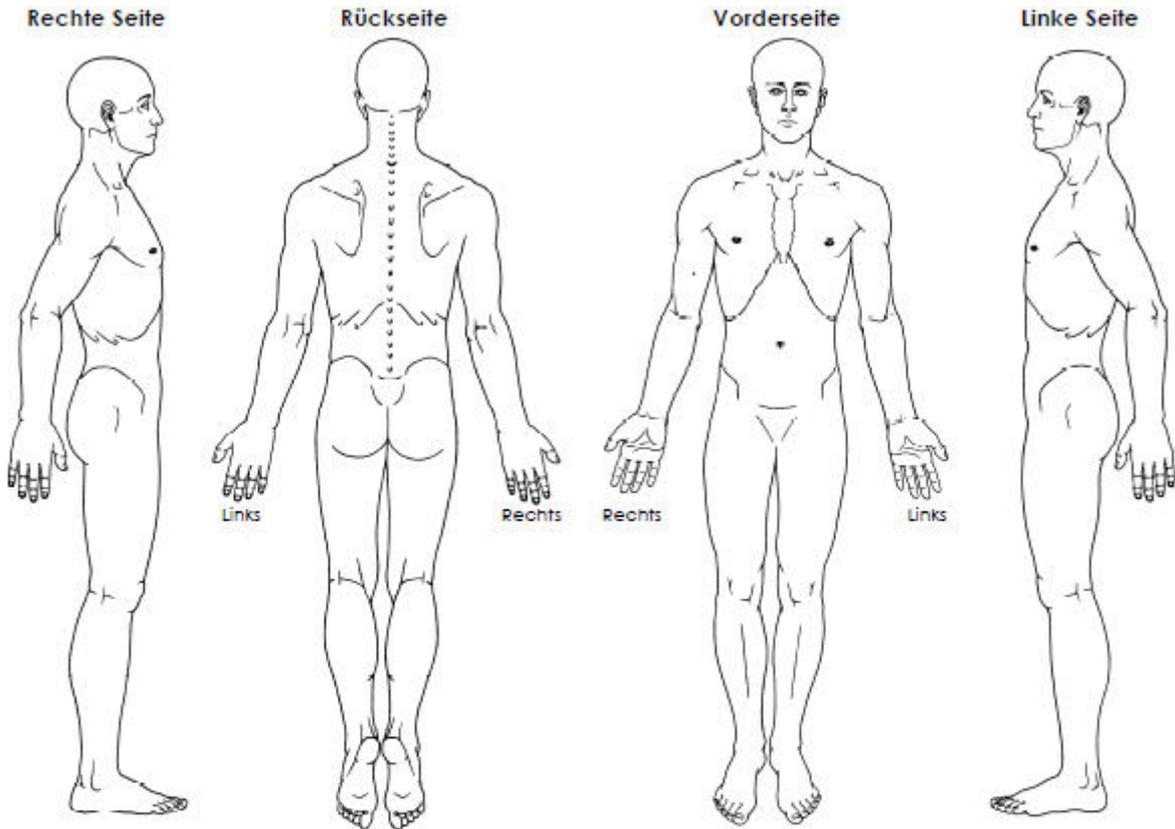
Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen körperlichen Aktivitätsgrad? (bitte umkreisen)

Niedrig („couch-Potato“)

mittel

hoch

Wo haben Sie aktuell Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (Sturz, Unfall, bestimmte Bewegung)

Haben Sie Schmerzen? Welche? Wann?

(kein Schmerz) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ (maximaler Schmerz)

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte einkreisen)

(kein Schmerz) _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ (maximaler Schmerz)

Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? (bitte einkreisen)

Bemerken Sie eine veränderte Sensibilität (Kribbeln, Taubheit) oder einen Kraftverlust?

Aktivität Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen Gehen etc. _____

Was verbessert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Aktivität Bewegung Ruhe Stehen Sitzen Liegen Gehen etc. _____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Morgens beim Aufstehen / permanent / vor allem in der Nacht / abends / nach einer Ruhepause

Wann haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einkreisen)

Waren Sie mit Ihren Beschwerden schon bei einem Arzt oder Therapeuten? Wie haben sich Ihre Beschwerden dadurch verändert?

Röntgen Ultraschall Kernspintomographie (MRT) Manuelle Untersuchung CT
sonstige: _____

Welche Maßnahmen zu Diagnostik wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Praxis für Physiotherapie, Dirk Nölting

Straße Giselastr. 2b

PLZ Ort 42111 Wuppertal

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift