

## 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.

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 \_\_\_\_\_

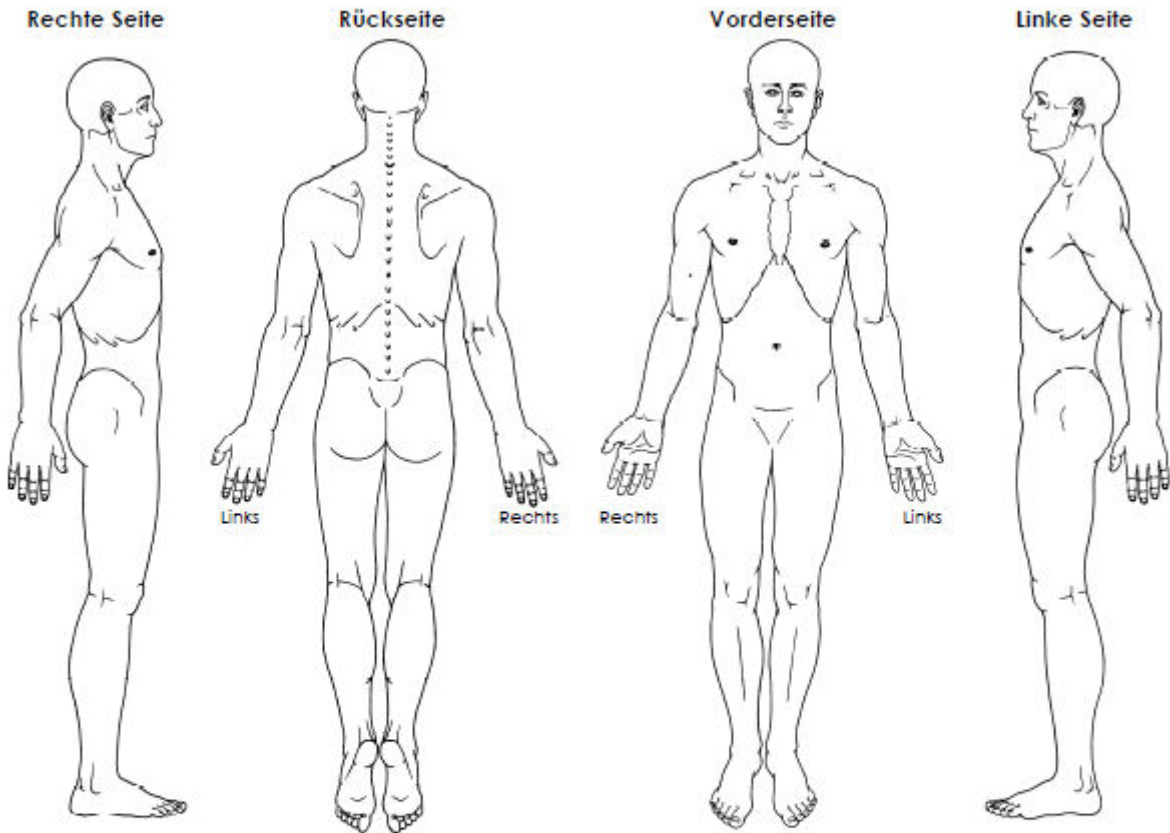
Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen körperlichen Aktivitätsgrad? (bitte umkreisen)

*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)

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

*Gelbe Seiten*

*Internet*

*Arzt*

*Familie*

*von Freunden/Nachbarn*

*Werbeanzeige*

*Flyer*

Wie haben Sie von meiner Praxis erfahren? (bitte einkreisen)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift