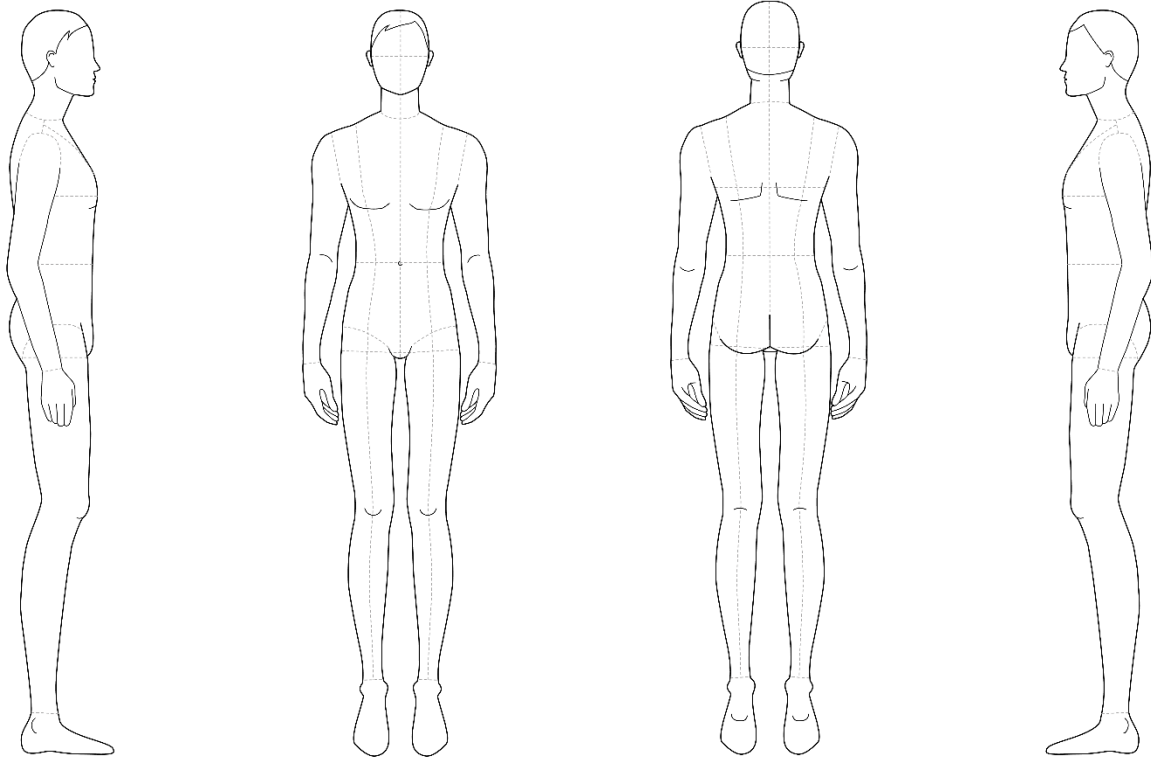


# Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Sport/Hobby: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

1.) **Wo** haben Sie ihre **Probleme**? (bitte einzeichnen):



2.) Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

3.) Haben Sie **Schmerzen**? ja  nein

4.) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  nein

5.) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? ja  nein

6.) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

7.) Was bereitet Ihnen **im Alltag Beschwerden**? \_\_\_\_\_

8.) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? \_\_\_\_\_

9.) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? \_\_\_\_\_

10.) Was **verbessert** Ihre Beschwerden (bitte einkreisen oder aufschreiben)? Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, Morgens, Mittags, Abends, Nachts

11.) Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden (bitte einkreisen oder aufschreiben)? Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, Morgens, Mittags, Abends, Nachts

---

12.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

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

13.) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen maximal**? (bitte einkreisen):

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

14.) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **permanent/mit Unterbrechungen**

15.) Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich/besser** werdend/**verschlechternd**

16.) Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): **Husten/Niesen/Pressen/Schlucken**? ja  nein

17.) Haben Sie **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen**? ja  nein

18.) Sind Sie **schwanger**? ja  nein

19.) Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja  nein

20.) Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, oder Schluckstörungen**? ja  nein

21.) Sind Sie **Diabetiker/in**? ja  nein

22.) Haben Sie **Osteoporose**? ja  nein

23.) Haben Sie **weitere Erkrankungen** (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja  nein

24.) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja  nein

25.) Hatten Sie jemals einen **Tumor, oder eine Krebserkrankung**? ja  nein

26.) Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja  nein

27.) Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja  nein

28.) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja  nein

29.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja  nein

30.) Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja  nein

31.) Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem **Problem** schadet? ja  nein

32.) Glauben Sie, dass Ihr **Problem** langfristig anhalten wird? ja  nein

33.) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Spritze / Massage  
Physiotherapie / Anderes: \_\_\_\_\_

34.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? \_\_\_\_\_

---