

### Fragebogen / Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal behandeln zu können, benötigt der Therapeut Informationen zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Hobbys: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

gesetzlich krankenversichert       Beihilfe       privatversichert

**1. Beschwerden und Symptome**

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Allgemeines Unwohlsein	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Müdigkeit	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Schwindel	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gestresst	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Gab es einen Auslöser Unfall /Sturz	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____

**2. Erkrankungen**

akute Infekte	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, AIDS etc.)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____
Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herz & Gefäßerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Allergien	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____
Rheuma	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hämophilie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Haut-/Nagelerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____

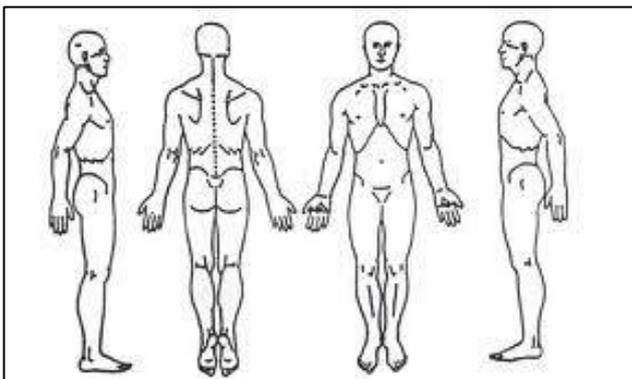
**3. ärztliche Versorgung**

Bisherige Maßnahmen:	Röntgen / CT <input type="checkbox"/> MRT-Kernspin <input type="checkbox"/> Spritze <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____
Gelenkersatz / frühere Operationen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____
Orthopädische Einlagen/Schuhe	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____

**4. Schmerzen**

Wie stark sind Ihre Gesamtschmerzen auf einer Skala von 1 -10? \_\_\_\_\_

Wie lange haben Sie die Schmerzen schon? \_\_\_\_\_



**Wo sind Ihre Hauptbeschwerden?** (bitte einzeichnen)

- Machen Sie ein **Kreuz (X)** bei punktuellen Schmerzen,
- machen Sie einen **Pfeil (▲)** bei ausstrahlenden Schmerzen,
- **schraffieren Sie einen Bereich (////)** bei nicht genau beschreibbaren Beschwerden
  
- Bezeichnen Sie bitte jeden Schmerzbereich mit einer **Zahl von 1 – 10**, je nach Intensität der letzten Tage

**5. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?**

\_\_\_\_\_

**6. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**    Empfehlung     Google     Flyer/Zeitschrift     Soziale Medien