

# ANAMNESEBOGEN

## PERSÖNLICHE DATEN:

Vor- und Nachname

Datum

E-Mail Adresse

Telefon/Mobilnr.

### GESUNDHEITLICHES HAUPTPROBLEM:

Bitte zeichnen Sie den Ort ihrer Hauptbeschwerden in die Grafik ein und beschreiben Sie diese kurz:

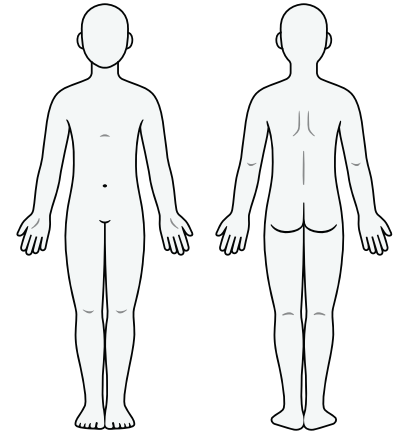
---

---

---

---

---



Bitte kreuzen auf der Skale von 0-10 an, wie stark Ihre Schmerzen in den letzten Wochen waren:

Keine Schmerzen  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  Sehr starke Schmerzen

### HABEN SIE FOLGENDE SYMPTOME?

Ja / Nein (bitte ankreuzen)

Kribbeln  Taubheitsgefühle  Lähmungserscheinungen  Spastiken

Die Beschwerden habe ich seit: \_\_\_\_\_

Kam es zu einer extremen Verschlechterung Ihrer Beschwerden in den letzten 2 Wochen?

Liegt Ihren Beschwerden eine Verletzung zugrunde, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie permanent Schmerzen (keine 10 Minuten am Tag schmerzfrei)?

Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe?

Haben Sie Nachtschmerzen?

Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?

Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten? Welche? \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Geschlecht: m / w / d

Haben Sie in den letzten Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren?

Fühlen Sie sich derzeit generell unwohl oder krank?

Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)

Haben Sie Sehstörungen, Sprechstörungen oder Schluckbeschwerden?

Haben Sie eine anhaltende Heiserkeit oder einen ungewöhnlichen Husten?

Haben Sie erhöhte Temperatur, Fieber oder Schüttelfrost?

Schwitzen Sie in der Nacht?

Haben sie oft Kopfschmerzen?

Leiden Sie unter folgenden Symptomen? Schwindel  Übelkeit  Erbrechen

Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?

Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? Falls ja, weshalb: \_\_\_\_\_

## VORERKRANKUNGEN

Ja / Nein (bitte ankreuzen)

- Sind bei Ihnen Herzprobleme festgestellt worden?
- Haben Sie bei körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?
- Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:
  - Diabetes     Osteoporose     Tuberkulose     Störung der Schilddrüse
  - Krebs     Arteriosklerose     Organstörungen     Blutgerinnungsstörungen
  - Hepatitis     HIV / AIDS     Hormonstörungen     neurologische Erkrankungen
  - Sonstige: \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?

GRUND DER EINNAHME	MEDIKAMENT / PRÄPARAT	SEIT

- Haben Sie über längere Zeit Kortison eingenommen?
- Hatten Sie bereits Knochenbrüche und/oder Operationen?
- Nehmen Sie Alkohol, Tabak oder Koffein zu sich? Sonstiges?
- Ist bei Ihnen Veränderungen des Blutdrucks bekannt?
- Bemerken Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst?
- Gibt es Veränderungen bei der Kontrolle von Blase und/oder Darm?
- Kommt es zu plötzlichem oder fortschreitendem Kraftverlust in Armen oder Beinen?
- Gab es in Ihrer Familie Fälle von:
  - Krebs     Osteoporose     Herzerkrankungen     Schlaganfall     Bluterkrankungen

## MITTEILUNG

Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchte in Bezug auf Ihre Erkrankungen, füllen Sie dieses Feld aus.

Wenn Sie keine Fragen mehr haben, bestätigen Sie uns bitte Ihren Anamnesebogen mit Ihrer Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Unsere gesamten Leistungen finden Sie im Internet unter [genki-vital-physio.de](http://genki-vital-physio.de)

