



Anamnesebogen zur Physiotherapie

Das sollten wir wissen!

Vor- und Nachname + Geb.-Datum

Liebe Patienten,

dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die spezifische physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung*. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

- 1.1. Welche/n Beruf/e üben Sie aus? _____
- 1.2. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? _____ ca. _____ Stunden/Prozent (Nichtzutreffendes streichen)
- 1.3. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen? Ja, ca. _____ kg Nein
- 1.4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? _____
- 1.5. Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? _____
- 1.6. Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen) oder Verletzungen (z. B. Bruch)?
 Ja, folgende (ggf. Extrablatt): _____

 _____ Nein
- 1.7. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?
 Ja, wegen und bei _____ Nein
- 2.1. Leiden Sie an Osteoporose? Ja Nein
- 2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert? Ja Nein
- 2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz? Ja Nein
- 2.4. Rauchen Sie _____ Zigaretten/Tag? Ja Nein
- 2.5. Trinken Sie regelmäßig/täglich, über 12 Gramm/0,3 Liter Bier als Frau bzw. 24 Gramm/0,6 Liter Bier als Mann, Alkohol? Ja Nein
- 2.6. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen? Ja Nein
- 2.7. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? Ja Nein
- 3.1. Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke? Ja Nein
- 3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt? Ja Nein
- 3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3- 4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören? Ja Nein
- 3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden? Ja Nein
- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten? Ja Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim Husten Niesen Pressen Einatmen? Ja Nein
- 4.3. Leiden Sie an Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Sprachproblemen
 Schluckproblemen? Ja Nein

- 4.4. Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen? Ja Nein
- 4.5. Haben sie zeitweise Kribbelgefühle oder Taubheit? Ja, im/in _____ Nein
- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?
 Ja, in folgendem/n Bereich/en: _____ Nein
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt? Ja Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infekten (≥ 5 Infektionen/Jahr)? Ja Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? Ja Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber erhöhte Temperatur nächtliches Schwitzen Nachtschmerz? Ja Nein
- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst? Ja Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein
- 6.4. Schlafen Sie regelmäßig weniger als 7 h/24h und/oder nicht erholsam? Ja Nein
- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperliche Anstrengung Brustschmerzen oder andere Schmerzen? Ja Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können?
 Ja, weil _____ Nein
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? Ja Nein
- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)? Ja, folgende: _____
 _____ Nein
- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein?
 Ja, folgende: _____
 _____ Nein
- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie (im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden) uns mitteilen möchten?
 (z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)
 Ja, folgende: _____
 _____ Nein

Geschafft – vielen Dank!

Würzburg, der

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten und/oder ggf. gesetzlichen Vertreters des Patienten

*) Wir führen die physiotherapeutischen Behandlungen aufgrund einer kassen-, berufsgenossenschaftlichen oder privatärztlichen Verordnung durch. Die für die Durchführung der Therapiemaßnahme notwendigen Informationen befinden sich auf der ärztlichen Verordnung. Weitere Informationen über Ihre Person und Ihren Gesundheitszustand sind aus der ärztlichen Heilmittelverordnung nicht ersichtlich und dürfen auch nicht von Ihrem behandelnden Arzt ohne Ihre Zustimmung an uns übermittelt werden. Unter Umständen kann es für die Durchführung der Therapie und/oder den Therapieerfolg aber sinnvoll sein, weitere Informationen über Ihren Gesundheitszustand sowie über Belastungen, denen Sie im Alltag (im Beruf oder in der Freizeit) ausgesetzt sind, zu erhalten. Dieser Anamnesebogen dient dazu, individueller auf Ihre Person und Ihre gesundheitlichen Probleme eingehen zu können. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, die Fragen des Anamnesebogens zu beantworten. Sie können selbstverständlich auch nur einzelne Fragen beantworten.

Wenn Sie zur Heilpraktiker-Sprechstunde für Physiotherapie kommen, ist der Anamnesebogen ein notwendiger Bestandteil und Grundlage einer Diagnostik/Behandlung. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte ohne Ihre Zustimmung weitergegeben.