

 **ANAMNESEBOGEN**

1. Name Geburtsdatum
2. Tätigkeit / Beruf
Hobby / Sport
3. Welche Hauptbeschwerden haben Sie?
4. Haben Sie Nebenbeschwerden? Ja nein
Wenn ja, welche?
5. Seit wann haben Sie die Beschwerden?
6. Veränderung der Beweglichkeit
7. Haben Sie Sensibilitätsstörungen? Kribbeln / Taubheit
8. Gab es einen Auslöser durch Unfall oder ähnliches? Ja nein
9. Werden Ihre Probleme durch etwas verschlechtert oder verbessert?
verschlechtert durch verbessert durch
10. Fühlen Sie sich psychisch belastet? Ja nein
11. Ist Ihr Alltag oder Ihre sportliche Aktivität durch Ihre Probleme eingeschränkt? Ja nein
12. Haben Sie in letzter Zeit unerwartet abgenommen? Ja nein
13. Hatten Sie in letzter Zeit Fieber oder nächtliches Schwitzen? Ja nein
14. Nehmen Sie momentan Medikamente? Ja nein
Wenn ja, welche?
15. Haben Sie Infektionskrankheiten? Ja nein
Wenn ja, welche?
16. Hatten Sie jemals eine Tumor- oder Krebserkrankung? Ja nein
17. Wie häufig treten Ihre Hauptbeschwerden auf? permanent / mit Unterbrechung
18. Wodurch werden Ihre Hauptbeschwerden ausgelöst oder verschlimmert?
Husten / Niesen / Atmen
19. Haben Sie Diabetes / Rheuma / Osteoporose?
20. Leiden Sie unter Schwindel / Kopfschmerzen / Kieferschmerzen?
21. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Gehen / Gleichgewicht?
22. Haben Sie Beschwerden mit Verdauung / Blase?
23. Hatten Sie bereits Operationen? Ja nein
Wenn ja, welche?
24. Waren Sie mit Ihrer Problematik bereits in Behandlung? Ja nein
25. Welche Ziele haben Sie für die Therapie / was möchten Sie erreichen?
.....