



## Anamnesebogen

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/ Wohnort: .....

Telefon: ..... Geburtsdatum: .....

Krankenkasse: ..... Beruf: .....

Sport/ Hobbies: .....

Hausarzt: .....

Empfehlung durch: .....

Akute Beschwerden:

.....  
.....

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann äußern sie sich?

.....

Beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen  
(z.B. bohrend, stechend, reißend, klopfend, einschließend, ...)

.....

Was hat Einfluss auf Ihre Beschwerden (z.B. Wärme, Kälte, best. Haltung oder Bewegung)

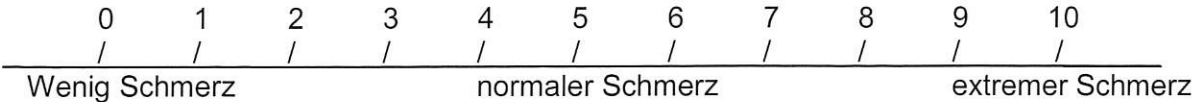
.....

Positiv (d.h. Schmerz nimmt ab) .....

Negativ (d.h. Schmerz nimmt zu) .....

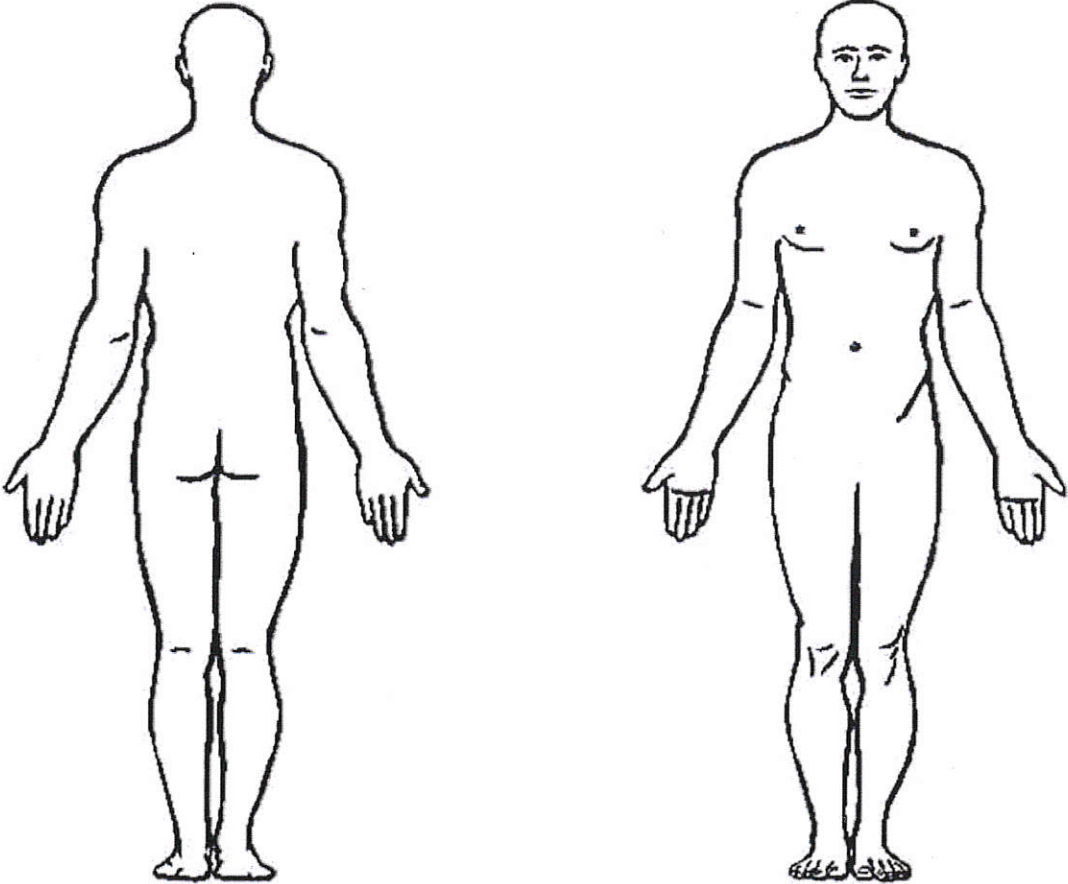


Schmerzskala



Wie ist der Schmerz nachts? .....

Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre Schmerzen ein:





Welche anderen Erkrankungen gibt es bei Ihnen:

Allgemeines:

Ja	nein	Kopfschmerz
Ja	nein	Schlaflosigkeit/Schlafstörung
Ja	nein	Schwindel
Ja	nein	Müdigkeit
Ja	nein	Allergien
		Wenn ja, welche.....

Muskeln/ Gelenke:

Ja	nein	Chron. Gelenkschmerzen/ Rheuma/ Arthritis
Ja	nein	Gicht
Ja	nein	Muskelkrämpfe
Ja	nein	Weichteilrheumatismus
Ja	nein	Osteoporose
Ja	nein	Arthrose

Welche Gelenke sind betroffen:

.....  
.....

Weitere bekannte Erkrankungen:.....

Herz/ Gefäße:

Ja	nein	Bluthochdruck
Ja	nein	Krampfadern
Ja	nein	Durchblutungsstörungen/ Arteriosklerose
Ja	nein	Herzinfarkt/ Angina pectoris
Ja	nein	Diabetes mellitus

Weitere bekannte Erkrankungen:.....

Atemwege/ HNO:

Ja	nein	Atemnot
Ja	nein	chronischer Husten
Ja	nein	Asthma
Ja	nein	Ohrensausen/ Ohrengeräusche

Weitere bekannte Erkrankungen:.....



Nieren/ Harnleiter:

Ja	nein	Nierenentzündungen/ Nierensteine
Ja	nein	Blasenentzündung
Ja	nein	Prostataveränderungen

Weitere bekannte Erkrankungen:.....

Magen-/ Darmtrakt:

Ja	nein	Verstopfungen
Ja	nein	Durchfall
Ja	nein	Darmentzündungen
Ja	nein	Bauchschmerzen
Ja	nein	Sodbrennen
Ja	nein	Magenschmerzen/ -geschwüre

Weitere bekannte Erkrankungen:.....

Nervensystem:

Ja	nein	Schlaganfall
Ja	nein	Polyneuropathie
Ja	nein	M. Parkinson
Ja	nein	erbliche Erkrankungen

Wenn ja, welche:.....

Weitere bekannte Erkrankungen:.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein:

.....  
.....  
.....

Bitte bringen Sie, falls vorhanden aktuelle Arztberichte/ Befunde, MRT, Röntgen, etc. mit.