

Anamnesebogen Physiotherapie

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus und nehmen sich genug Zeit. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum ersten Termin mit.

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Mobil _____

Beruf, Familienstand, Kinder? _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Herzschrittmacher)? Ja Nein

Leiden Sie unter Migräne? Ja Nein

Haben Sie Allergien (wenn ja welche?) Ja Nein

Sind Sie schwanger? Wenn „ja“, in welcher Woche? Ja in Woche _____ Nein _____

Bestehen gesundheitliche Risiken oder Erkrankungen? Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Nein

Wenn ja, welche? _____

aktuelles Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Welche Operationen wurden bisher durchgeführt? (mit Jahresangabe) _____

Wie belastbar/leistungsfähig fühlen Sie sich? (machen sie ein Kreuz)

Wenig belastbar _____ Stark belastbar _____

Fühlen sie sich momentan gestresst? (machen sie ein Kreuz)

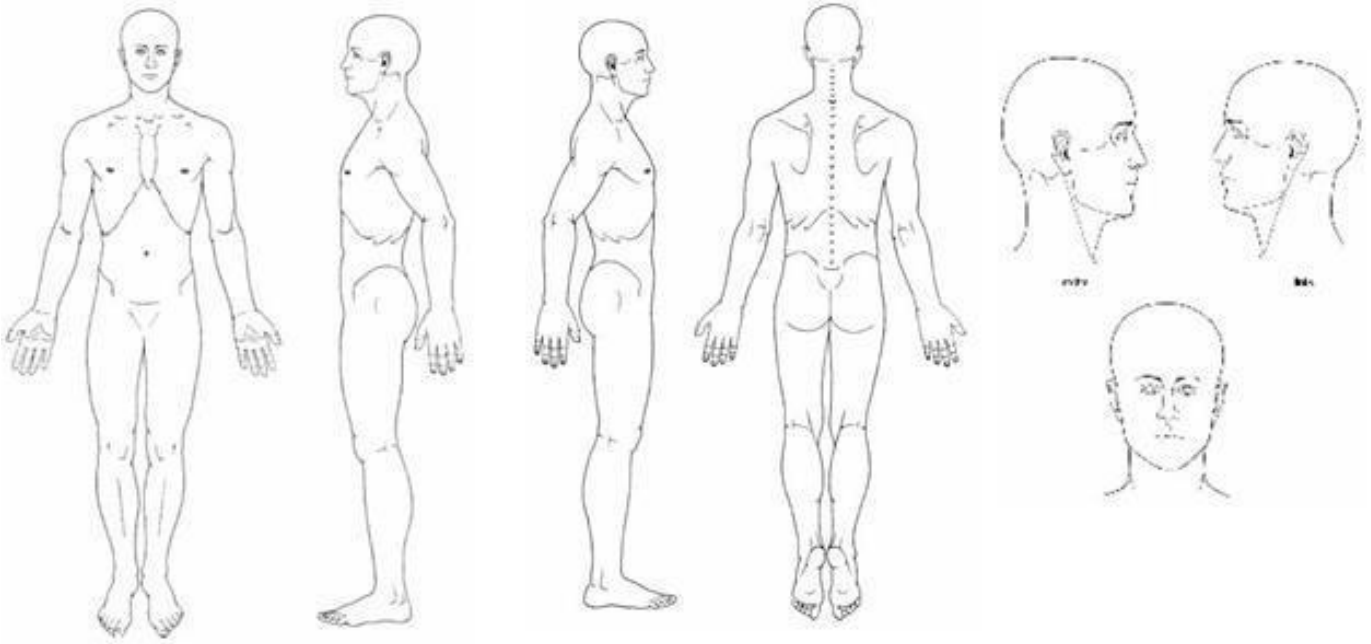
Sehr gestresst _____ Gar nicht gestresst _____

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit _____, Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern den Schmerz? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh-oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges _____

Bitte eintragen: Schmerzort mit Ausstrahlung dazu die Intensität. Eine Zahl von 1 bis 10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der größtmögliche Schmerz ist.



Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, Kolik artig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Datum: _____ Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte) _____