



ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, damit wir Sie optimal behandeln können.

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Adresse: _____

Wohnsituation (Haus / Wohnung / Aufzug): _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

Rentner: ☐ Nein ☐ Ja

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja, Pflegegrad _____

Hilfsmittel: _____

Bezugsperson: _____

Tel. Bezugsperson: _____

2. Allgemeine Anamnese und Risikofaktoren

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Nehmen sie Blutverdünnende Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja, _____

Bestehen Allergien (Bsp.: Medikamente / Pflaster)? _____

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen / Besonderheiten vor? (Bitte ankreuzen)

☐ Diabetes mellitus ☐ Rheuma / Gicht ☐ Osteoporose ☐ Krebserkrankung

☐ Niereninsuffizienz ☐ Fibromyalgie ☐ Sonstige psychische Erkrankung

☐ chronisches Schmerzsyndrom ☐ Depressionen ☐ Knochenbrüche

WICHTIG FÜR BILDGEBUNG (RÖNTGEN / MRT):

- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Metallimplantate / Stents
- ☐ Schwangerschaft

Welche Medikamente (Schmerzmittel) nehmen Sie aktuell ein? (Präparat / Dosis)

Wurden Sie bereits operiert? (Wann, wo und was?)

3. Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Seit wann haben Sie die Beschwerden? (Tage / Wochen / Monate):

Wann treten die Schmerzen vorwiegend

- ☐ In Ruhe
 ☐ Bei Belastung
 ☐ Nachts
 ☐ Als Anlaufschmerz

Wie würden Sie den Schmerz beschreiben? auf?

- ☐ Stechend
 ☐ Dumpf
 ☐ Ziehend
 ☐ Brennend

Gab es einen Auslöser? Unfall oder Sturz?

- ☐ Nein ☐ Ja, Datum: _____
 ☐ Es war ein Arbeits- / Wegeunfall (BG-Fall)

Kurzer Unfallhergang:

**Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell auf einer Skala
von 0 bis 10?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kein Schmerz

Maximaler Schmerz

4. Lokalisation der Beschwerden

A. Wirbelsäule

Region	Betroffen?	Ausstrahlung (Arm/Bein)	Taubheit / Kribbeln?
Halswirbelsäule / Nacken	☐ Ja	☐ Re ☐ Li	☐ Re ☐ Li
Brustwirbelsäule	☐ Ja	☐ Re ☐ Li	☐ Re ☐ Li
Lendenwirbelsäule / Rücken	☐ Ja	☐ Re ☐ Li	☐ Re ☐ Li

B. Gelenke und Extremitäten

Gelenk / Region	Betroffene Seite	Symptome (Mehrfachnennung möglich)
Schulter / Arm	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Ellenbogen	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Hand / Finger	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Hüfte / Becken	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Knie	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Sprunggelenk / Fuß / Zehen	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung



Was lindert die Beschwerden?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Ruhe ☐ _____

Was verschlimmert die Beschwerden?

Bisherige Untersuchungen (Röntgen, MRT, CT; Wann? Wo?):

Bisherige Behandlungen (z.B. Physiotherapie, Spritzen):

Möchten Sie etwas Wichtiges ergänzen?

Ort, Datum

Unterschrift