

ANAMNESEBOGEN (V02)



Physioarticum
Praxis für Physiotherapie
Christine Woy

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen in Ruhe aus und nehmen Sie sich genug Zeit. All Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zum ersten Termin mit.

| | |
|--------------|--------------|
| Vorname/Name | Geburtsdatum |
|--------------|--------------|

| | |
|--------------------|---------|
| Straße mit Hausnr. | Wohnort |
|--------------------|---------|

| | |
|-----------------|-------|
| Telefon (mobil) | email |
|-----------------|-------|

| |
|--------------|
| Krankenkasse |
|--------------|

| |
|---|
| Bei Minderjährigen: Vorname/Name des Erziehungsberechtigten |
|---|

| | |
|-------|---------|
| Größe | Gewicht |
|-------|---------|

| | |
|---------------|---------------|
| Familienstand | Anzahl Kinder |
|---------------|---------------|

| | |
|-------|---------|
| Beruf | Hobbies |
|-------|---------|

Aktuelle Anamnese

Was führt Sie zu mir? / Was ist passiert?

Haben Sie Schmerzen?

- ja
- nein

Bei „nein“ weiter auf Seite 4 Kapitel „Medizinische Vorgeschichte“

Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert?

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Hatten Sie diese Schmerzen bereits in der Vergangenheit?

Kamen die Schmerzen plötzlich oder schleichend?

Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?

Schmerzskala: 1= leicht 5= mittel 10= stark

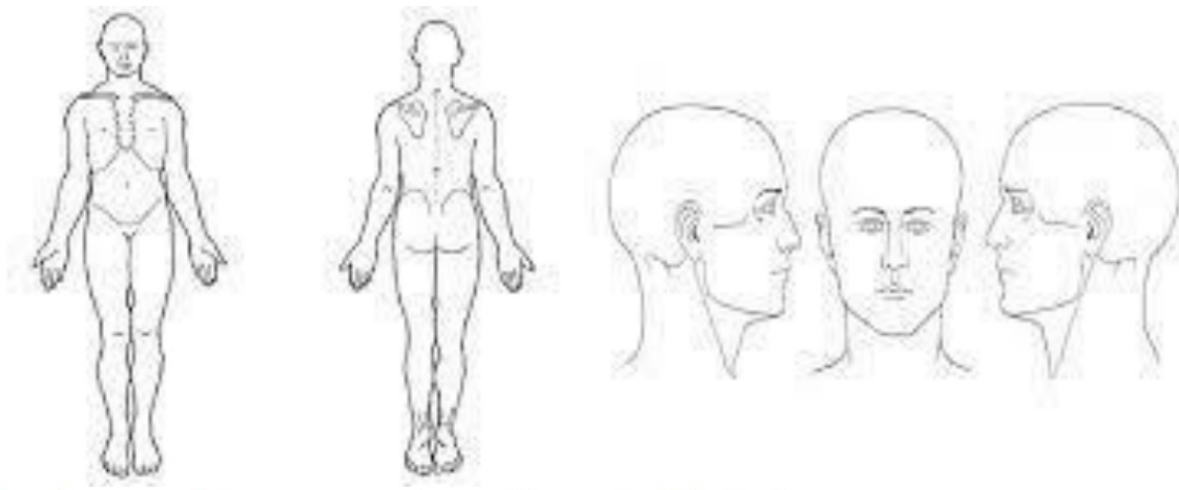
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie äußern sich die Schmerzen?

z.B. Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, reißend, kolikartig, dumpf, beengend, bohrend, etc.

Sind Sie lokal oder ausstrahlend?

Falls ausstrahlend: Wohin strahlen die Schmerzen aus?



Bitte eintragen: Schmerzort rot, Ausstrahlung mit Pfeil, Narben grün

Gibt es auslösende Faktoren oder besondere Ereignisse vor Beginn der Beschwerden?

z.B. bestimmte Bewegungen, Wärme, Kälte, zu bestimmten Zeiten, Ängste, Stress etc.

Wodurch werden die Schmerzen besser?

z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, zu bestimmten Zeiten, etc.

Wodurch werden die Schmerzen schlimmer?

z.B. Wärme, Kälte, Ruhe, zu bestimmten Zeiten, etc.

Welche anderen Beschwerden treten evtl. dazu auf (Begleitsymptome)?

z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Fieber, Bauchschmerzen, etc.

Was haben Sie bereits unternommen?

Medizinische Vorgeschichte

Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen?

z.B. Asthma, COPD, Herzkrankheiten, Hypertonus, Diabetes, Stoffwechselerkrankung, Rheuma, Autoimmunerkrankung, etc.

Gab es in Ihrer Vergangenheit Unfälle, Verletzungen oder Operationen?

Wenn ja: Welche und wann?

Sind Sie in der fernen Vergangenheit schwer krank gewesen?

Wenn ja: Welche Erkrankung und wann?
z.B. Häufige Infekte, Corona, Krebserkrankungen, etc.

Hatten sind in den letzten zwei Wochen eine Infektion?

Wenn ja: Welche Erkrankung?
z.B. Grippe, Schnupfen, Husten, etc.

Waren Sie in den letzten 3 Monaten in einem exotischen Reiseland?

Wenn ja: Wo?

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten / familiäre Häufungen bestimmter Erkrankungen?

z.B. Diabetes, Krebserkrankungen, Rheuma, Gicht, Depressionen, etc.

Vegetative Anamnese

Essen

Wie ist Ihr Apptit?
z.B. gut, schlechter geworden, seit wann?

Wie sind Ihre Mahlzeiten aufgebaut?
z.B. Vollwert, Vegan, Wie viele Mahlzeiten am Tag? Welche Uhrzeiten?

Gibt es Abneigungen gegen bestimmtes Essen?
z.B. Milch, bestimmte Obst- oder Gemüse-Sorten, etc.

Gibt Unverträglichkeiten?
z.B. Laktose, Fructose, Gluten, etc.

Trinken

Wie viel Liter trinken Sie am Tag?

Was trinken Sie?

Wie ist Ihr Durstgefühl?

Miktion (Wasserlassen, Harnverhalt)

Wie ist die Farbe Ihres Urins?

Morgens: _____

tagsüber: _____

abends: _____

nachts: _____

Hat Ihr Urin einen auffallenden Geruch?
Wenn ja: Wie?

Wie oft am Tag und in der Nacht müssen Sie urinieren?

tagsüber: _____

nachts: _____

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

Wenn ja: Wann genau?

z.B. zu Beginn / am Ende des Urinierens, stetig

Leiden Sie an anderen Miktions-Störungen?

Wenn ja: Welche?

z.B. Harnverhalt, Inkontinenz, etc.

Defäkation: (Stuhlgang / Stuhlentleerung)

Wie oft haben Sie in der Woche Stuhlgang?

Konsistenz

Farbe

Geruch

Kraftaufwendung bei Stuhlentleerung (leicht / mittel / schwer)

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?

Fühlen Sie sich nach dem Stuhlgang entleert?

Leiden Sie unter einem Blähbauch / Flatulenz (Winde)?

Leiden Sie an Hämorrhoiden?

Verschiedenes

Halten Sie Ihr Gewicht oder gibt es Schwankungen?

Bei Schwankungen: Welche? Um wieviel kg? In welchem Zeitraum? Beabsichtigt?

Schwitzen Sie?

Überhaupt? Mit oder ohne Anstrengung? Nachts?

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja: Seit wann und in welcher Dosierung? Ggf. Medikamentenplan mitbringen.
Bitte denken Sie auch an rezeptfreie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel.

Sind Nebenwirkungen bekannt / aufgetreten?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Wenn ja: Welche?

Genussmittel

Rauchen Sie?

Wenn ja: Wie viel pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja: Was und wie oft?

Kontakt mit Drogen?

Ihre Ziele

Was möchten Sie erreichen?

Fragen an den Therapeuten

Platz für evtl. Fragen

Vitalparameter

Füllen Sie dies nur aus, sofern Ihnen die Werte bekannt sind und Sie diese zur Hand haben. Dies beschleunigt und erleichtert die Diagnose.

Blutdruck: _____

Herzfrequenz in Ruhe: _____

Temperatur: _____

Blutzucker: _____

Atemfrequenz in Ruhe: _____

Sauerstoffsättigung: _____

Ich habe die Fragen zur Vorgeschichte vollständig gelesen und nach bestem Wissen beantwortet:

Berlin, den _____

Unterschrift der/des Patientin/Patienten
(ggf der/des Sorgeberechtigten)