



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anamnese

1. Was sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

2. Haben Sie Schmerzen?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

(zutreffendes bitte ankreuzen. 1=gering, 10=sehr stark)

3. Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

4. Ist Ihre Bewegung eingeschränkt? _____

5. Gab es einen Auslöser (Unfall, Sturz, OP, ect.)? _____

6. Haben Sie Nebenerkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, o.Ä.)? _____

7. Haben Sie Allergien? _____

8. Nehmen Sie Medikamente ein? _____

9. Welche Maßnahmen wurden bisher durchgeführt? _____

10. Was verbessert Ihre Beschwerden? _____

11. Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

12. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? _____

13. Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐ Schwangerschaftswoche: _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

14. Bitte nennen Sie alle Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe von Grund und Datum.

15. Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z.B. Knochenbrüche, Bandverletzungen,...) und das ungefähre Datum der Verletzung.