

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patient*innen,

um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihren Beschwerden. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus und bringen ihn zu Ihrer ersten Behandlung mit.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Hausarzt/Orthopäde: _____

1. Allgemeine medizinische Vorgeschichte

Aktuelle Diagnosen / Grunderkrankungen:

Operationen (besonders Schulterbereich):

Vorerkrankungen des Bewegungsapparates:

Chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck):

Allergien / Unverträglichkeiten:

Aktuelle Medikation (bitte mit Dosierung):

2. Aktuelle Beschwerden

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie sind die Beschwerden entstanden?

- ☐ ohne ersichtlichen Grund
- ☐ nach Unfall / Trauma (Datum:)
- ☐ nach Überlastung / Fehlbelastung

Schmerzintensität (0 = kein Schmerz, 10 = unerträglich)

Schmerzart:

- ☐ dumpf
- ☐ stechend
- ☐ ziehend
- ☐ ausstrahlend (wohin?)
- ☐ brennend

Schmerzauslöser:

- ☐ Bewegung
- ☐ Belastung
- ☐ Ruhe
- ☐ Nacht

Wann sind die Beschwerden am schlimmsten?

Was lindert die Beschwerden?

Was verschlechtert sie?

Haben Sie eine Veränderung bzgl. der Kraft?

3. Funktionseinschränkungen

Welche Tätigkeiten sind eingeschränkt?

- ☐ Ankleiden
- ☐ Haare kämmen
- ☐ Essen zubereiten
- ☐ Arbeiten / Beruf

☐ Sport

☐ Schlafen

Sonstiges:

4. Vorerfahrungen mit Physiotherapie / anderen Therapien

Bereits erfolgte Therapien (inkl. Datum):

Erfolge / Misserfolge:

Heimübungsprogramm bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Therapiewunsch / Erwartung:

5. Belastbarkeit & Alltag

Beruf:

Arbeitsfähig? ☐ Ja ☐ Eingeschränkt ☐ Nein

Sport / Hobbies:

Bewegung im Alltag: ☐ viel ☐ wenig

6. Ziel der Behandlung (aus Patient*innensicht)

7. Einwilligung & Datenschutz

Ich bin mit der Erhebung und Speicherung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung einverstanden.

Unterschrift Patient*in: _____ Datum: _____

Danke! Ihre Angaben helfen uns dabei, Ihre Behandlung optimal auf Sie abzustimmen.