

# Anamnese

## Aufnahmebogen



### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Behandlungsoptimierung **5€** pro Behandlung: Fragen Sie Ihren Therapeuten ja  
nein

Frau      Herr

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße Hausnr. Ort

Telefon privat Mobil

Hausarzt E-Mail

Versicherung Beruf  
gesetzlich sitzend / Std. pro Tag:  
privat      Beihilfe stehend / Std. pro Tag:

Sport / Hobbys Wieviele Stunden Sport in der Woche?

Was sind Ihre genauen Ziele? Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  
Telefonbuch      Internet  
Flyer      Anzeige      Empfehlung

Welche Erwartungen haben Sie an uns?

**Nach jeder Behandlung kann es zu einer vermehrten Schmerzwahrnehmung, blauen Flecken, Muskelkater oder einer Erstverschlimmerung kommen. Diese Zeichen sind Symptome von Regulationsprozessen und können deshalb im Behandlungsprozess physiologisch auftreten.**

**Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Die Ausfallgebühren betragen je nach Termindauer € 15,- bis € 25,- und müssen von dem Patienten privat getragen werden (Kassen- und Privatpatienten).**

**Nach dem Bezahlen der Ausfallgebühr kann ein Ersatztermin vereinbart werden. Bitte denken Sie daran, die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept zu rechtzeitig bezahlen.**

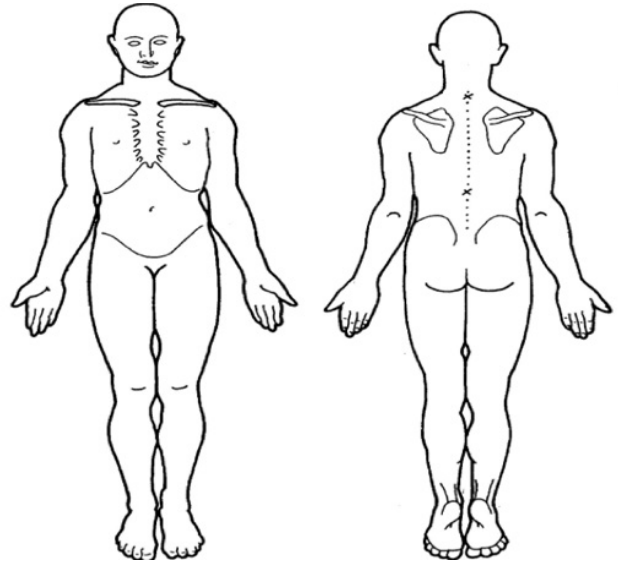
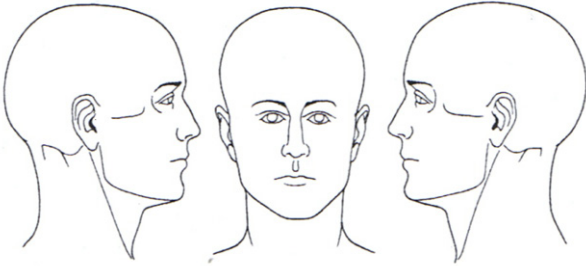
Hiermit willige ich ein, dass meine Daten ggf. an den behandelnden/ überweisenden Arzt bzw. Hausarzt, einen praxisinternen Kollegen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen weitergegeben werden dürfen (z.B. Therapieberichte auch per E-Mail).

Datum

Unterschrift



**1a** Wo haben Sie ihre Probleme (bitte einzeichnen)?



**1b Leistungsfähigkeit:**

Bei wieviel % von 100% sehen Sie sich momentan? %

**2** Haben Sie Schmerzen? ja nein

**3** Was sind ihre Hauptbeschwerden?

Was sind ihre Nebenbeschwerden?

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell von 1 - 10? (1 = schwach; 10 = stark)

## Schmerzbiografie

Bitte listen Sie uns in chronologischer Reihenfolge Ihre Krankengeschichten auf. Denken Sie bitte auch an Unfälle, Stürze, Sportverletzungen, Traumata, einschneidende Lebensereignisse, Krankheiten und Operationen:

**4** Ist ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung) ja nein

**5** Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden? Woche/n Monat/e Jahr/e

**6** Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja nein

**7** Haben Sie nachts Schmerzen? ja nein

Sind Ihre Beschwerden über die Zeit betrachtet: besser werdend gleichbleibend schlechter werdend variabel oder  
Morgens/Mittags/Abends/Nachts **besser** **schlimmer**

**8** Was verbessert/verschlechtert Ihre Beschwerden?

**Verbessert:** Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken Beugen Stehen Gehen  
Laufen Heben Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken nehmen Greifen Arbeit Hobby Sport  
morgens mittags abends nachts Sonstiges:

**Verschlechtert:** Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken Beugen Stehen Gehen  
Laufen Heben Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken nehmen Greifen Arbeit Hobby Sport  
morgens mittags abends nachts Sonstiges:

**9** Ist Ihre Beweglichkeit verändert oder schmerzhaft? ja nein

Wenn ja, Bewegungseinschränkungen oder Blockierungsgefühl?

**10** Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein

**SLR:** **SLUMP:** **Reflexe:** (Hinweis: vom Therapeuten auszufüllen)



- 11** Sind Sie schwanger? ja nein Schwangerschaftswoche
- 12** Leiden Sie unter: Gang- oder Gleichgewichtsstörungen Schwindel Übelkeit Ohnmachtsanfällen Benommenheit Schluckbeschwerden Doppelbildern Sonstiges:
- 13** Sind Sie: Asthmatiker/in Diabetiker/in, haben Sie Osteoporose Herzerkrankungen Atemnot Asthma Harnwegsinfekte Erkrankungen der Geschlechtsorgane oder andere Erkrankungen?
- 14** Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, Schmerzmittel etc.) ja nein  
Wenn ja, welche?  
Haben Sie Krampfadern, Ödeme, Krämpfe ja nein Wenn ja, was?
- 15** Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein  
Wenn ja, wann und welche?
- 16** Haben Sie eine Infektionskrankheit: HIV, Hepatitis, etc. ja nein Sonstiges?
- 17** Haben Sie Kopfschmerzen? ja nein Wenn ja: x pro Woche oder x pro Monat
- 18** Haben Sie Zahn-/ Zahnfleischprobleme, Implantate, Operationen? Wenn ja, was?
- 19** Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 20** Hatten Sie in der letzten Woche: Fieber nächtliches/extremes Schwitzen Abgeschlagenheit
- 21** Haben Sie sonstige Beschwerden? Sehprobleme Sprechprobleme Hörprobleme/Tinnitus Inkontinenz Verstopfungen morgendliche Steifheit Neigung zu Blutergüssen Kurzatmigkeit  
Haben Sie Beschwerden mit dem Verdauungstrakt? ja nein
- 22** Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine Schmerzen zeitweise ausgestrahlt: ja nein
- 23** Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur kurze Strecken gegangen: ja nein
- 24** Wie störend waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?  
überhaupt nicht wenig mäßig stark äußerst stark
- 25** Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf?  
Brennen Gefühl einer schmerzhaften Kälte Elektrische Schläge ziehend stechend
- 26** Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise an anderen Stellen Schmerzen: ja nein
- 27** Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen langsamer als üblich angezogen: ja nein
- 28** Treten die folgenden Schmerzen zusammen mit folgenden Beschwerden im selben Körperbereich auf?  
Kribbeln Piksen Taubheitsgefühl Juckreiz
- 29** Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt? Röntgen Computer-/ Kernspintomographie Spritze Massage Physiotherapie Training

## Psyche & Allgemeinbefinden

**30** Wie ist Ihre Stimmung? von 1 - 10? (1 = niedergeschlagen; 10 = euphorisch)

**31** Haben Sie Ängste, Depressionen, Grübeln, Aggressionen, Trauer, Unruhe, Beklemmungen, Antriebslosigkeit oder Ähnliches?

Wenn ja, was?

**32** Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Laborberichte? ja nein

**33** Leiden Sie unter Allergien: trockenes Haar, Ausschlägen, Neurodermitis, Schuppenflechte, o.ä.? ja nein

**34** Ess-/ Trinkverhalten: bevorzugte Geschmacksrichtungen / Lebensmittel, Häufigkeit der Nahrungsaufnahme,

Heißhungerattacken, Veränderung im Geschmackserleben? ja nein

Beschreiben Sie kurz Ihr Ernährungsverhalten

Gibt es mögliche Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein Wenn ja, welche?

**35** Wieviel trinken Sie pro Tag? Liter

**36** Hatten Sie schon einmal einen Zeckenbiss? ja nein

**37** Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein: ja nein

**38** Ich mache mir in den letzten 2 Wochen häufig Sorgen: ja nein

**39** Ich fühle, dass ich schreckliche Schmerzen habe und dass sie nicht besser werden: ja nein

**40** Haben Sie Stress? ja nein

Wenn ja, wie würden Sie ihn definieren?

**41** Wieviel Stunden Schlaf haben Sie im Durchschnitt? Std./Nacht Schlafprobleme? ja nein

Schichtarbeit? ja nein Schlafen Sie durch? ja nein Ist ihr Schlaf erholsam? ja nein

**42** Sind Sie mit sich und ihrem Leben zufrieden? ja nein

**43** Im Allgemeinen habe ich keine Freude an Dingen, die ich sonst gern gemacht habe ja nein

**44** Was sind Ihre Erwartungen:

und Ziele für die Therapie:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Haben Sie Fragen zu Ihrer Behandlung? **RehaWelt Remshalden**, Bahnhofstr.1, 73630 Remshalden, 07151/1692299

info@rehawelt-remshalden.de

rehawelt-remshalden.de

