

Anamnesebogen

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel : _____

Straße: _____ Nr: _____ PLZ: _____

Ort: _____ E-Mail: _____

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung / einer Behinderung Nein _____ Ja _____

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie Operationen? Nein _____ Ja _____

Wenn ja, Eingriff und Jahr bezeichnen _____

Hatten Sie Unfälle? Nein _____ Ja _____

Wenn ja, Art und Jahr bezeichnen _____

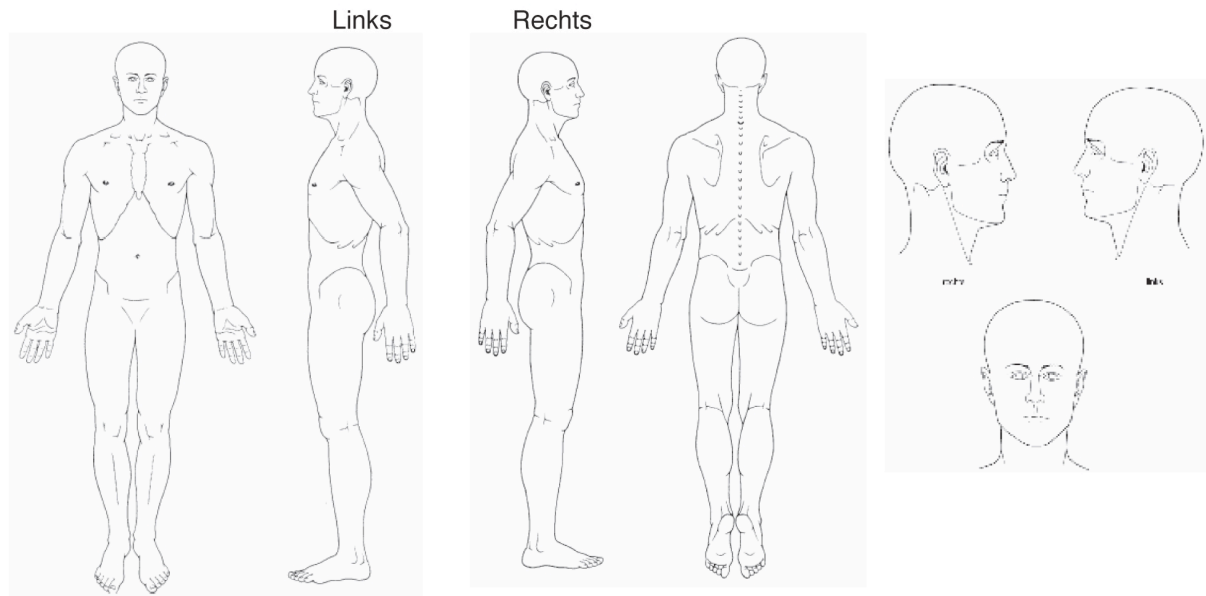
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____

Wurde Ihnen eine Zahnschiene verordnet? Nein _____ Ja _____

Tragen Sie Schuheinlagen? Nein _____ Ja _____

Haben Sie Schmerzen? Nein _____ Ja _____

Bitte markieren Sie den Schmerzort und schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.
Schmerzskala für den Hauptschmerz



Seit wann haben Sie Schmerzen? _____

Gab es ein auslösendes Ereignis? _____

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage,
wöchentlich, seltener, _____

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend,
reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen,
Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Monatsblutung, Tageszeit
Sonstiges _____

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport,
Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges _____

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung,
Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit,
Muskelschwäche, Müdigkeit, Bewegungseinschränkung, Schwindel,

Sonstiges _____

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten?

Mit welchem Erfolg

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum Unterschrift

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)