

## Sehr geehrte Patienten,

Wir möchten Ihnen durch diesen Fragebogen eine effektivere Therapie anbieten und durch Ihre Mithilfe mehr Zeit für die Therapie haben.

Ihre Angaben in diesem Anamnesebogen dienen der Vorbereitung des Therapeuten für Ihre Behandlung. In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, wird diese zum ersten Behandlungstermin zusammen mit Ihrem Therapeuten besprochen.

### Vom Therapeuten auszufüllen!

**Ausgabedatum:** \_\_\_\_\_

**Eingangsdatum:** \_\_\_\_\_

**Erster Behandlungstermin:** \_\_\_\_\_

Dieser Screeningbogen wurde mit großer Sorgfalt erstellt und dient ausschließlich Fachpersonal als Hilfsmittel um ernstzunehmende Pathologien besser erkennen zu können. Die Benutzung erfolgt jedoch ohne Gewähr. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_

**Ja Nein Allgemeine Fragen**

- 1 Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
- 2   Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?
- 3   Haben Sie Fieber oder erhöhte Temperatur?
- 4   Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Weshalb: \_\_\_\_\_
- 5   Nehmen Sie Medikamente oder Hormone ein?
- | Medikament / Präparat | Grund der Einnahme | Seit |
|-----------------------|--------------------|------|
|                       |                    |      |
|                       |                    |      |
|                       |                    |      |
|                       |                    |      |
- 6   Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie:
- Diabetes     Osteoporose     Tuberkulose     Hormonstörungen
- Krebs     Arteriosklerose     Organstörungen     Blutgerinnungsstörungen
- Hepatitis     HIV / AIDS     Drüsenstörungen     neurologische Erkrankungen
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- 7   Hatten Sie bereits Brüche und/oder Operationen?
- Wenn ja, bitte chronologisch angeben:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 8   Gab es in Ihrer Familie Fälle von:
- Krebs     Arteriosklerose     Osteoporose
- Bluterkrankungen     Herzerkrankungen     Schlaganfall
- 9   Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als fünf Infektionen pro Jahr)
- 10   Haben Sie in den letzten 6 Monaten ungewollt Gewicht verloren?
- 11   Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg oder Diastolisch > 90 mmHg) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 12   Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
- 13   Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?
- 14   Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?
- 15   Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?
- 16   Sind Sie Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängig?
- 17   Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?
- 18   Kommt es zu Kraftverlust in Armen bzw. Beinen?
- 19   Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können?
- Welche? \_\_\_\_\_
- 20   Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt und/oder Ihnen mitgeteilt, dass Sie körperliche Leistungen nur unter ärztlicher Aufsicht tätigen dürfen?
- 21   Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?
- 22   Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können?
- Welchen: \_\_\_\_\_



**Nr.**      **Ergänzungen des Physiotherapeuten**

Mit der Unterschrift bestätigen Patient und Therapeut, dass alle Fragen und Unklarheiten besprochen und geklärt wurden.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Patient\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Therapeut