

Anamnesebogen

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person und ihrem Beschwerdebild.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Das Praxisteam – Vital am Klinikum - bedankt sich für Ihr Vertrauen!

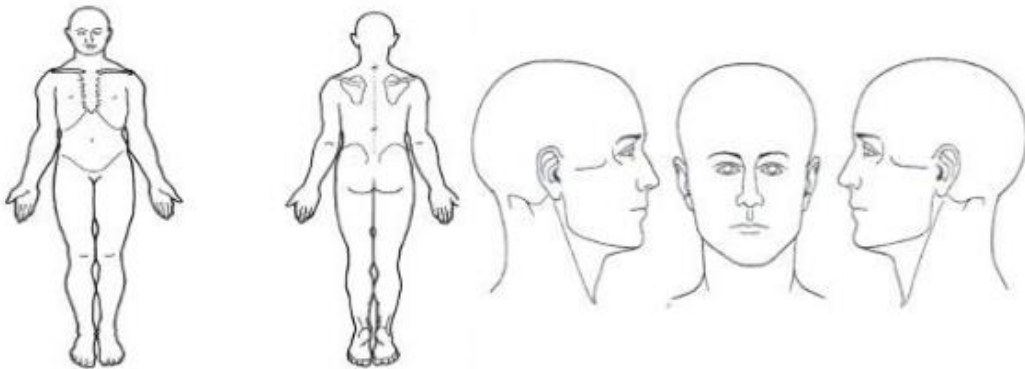
Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Beruf: _____

Sport/Hobbys: _____

(Nachfolgende Auswahlmöglichkeiten bitte einkreisen)

1.) **Wo** haben Sie Beschwerden? (bitte einzeichnen)



2.) Aktuelle **Hauptbeschwerden** und seit wann?

3.) Haben Sie **Schmerzen**? Ja | Nein

Wie ist der Schmerz? dumpf | stechend | brennend | kribbeln | schneidend

Wann haben Sie den Schmerz? morgens | tagsüber | abends | nachts | immer

4.) Schmerzskala (bitte einkreisen): gering 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stark

5.) Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf den Alltag aus? (z.B. Bewegungseinschränkungen)

6.) Gab es einen konkreten **Auslöser** für die Beschwerden? (z.B. Unfall, Sturz, ...)

7.) Hatten Sie in Ihrem Leben **Unfälle** und/oder **Operationen**?

Wenn ja, wann: _____ was: _____

wann: _____ was: _____

8.) Nehmen Sie **Medikamente** ein? (z.B. Antibabypille, Blutdrucktabletten, Antidepressiva...)

9.) Welche Maßnahmen zur **Diagnostik/Therapie** wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)

Röntgen | CT | MRT | Spritzen | Physiotherapie | sonstiges: _____

10.) Haben Sie **weitere Erkrankungen, die von Relevanz sind**? (z.B. Krebs-, Herzerkrankung, Rheuma, Asthma, Allergie, etc.)

11.) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Behandlung?

Sämtliche **Angaben** sind nach bestem Gewissen **vollständig** und **korrekt** angegeben. Wenn im Behandlungsverlauf Änderungen aufkommen informiere ich den Therapeuten umgehend darüber.

Mir ist bewusst, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten des Ausfalls tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____