



Anamnesebogen

zur physiotherapeutischen/osteopathischen Behandlung

Liebe Patienten,
dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres therapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere Untersuchung, Planung und Behandlung.

Bitte versuchen Sie alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

1.1. Welche/n Beruf/e üben Sie aus: _____

1.2. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. _____ Stunden/Prozent (Nichtzutreffendes streichen)

1.3. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen? Ja, ca. _____ kg Nein

1.4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? _____

1.5. Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? _____

1.6. Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)?

Ja, folgende (ggf. Extrablatt): _____ Nein

1.7. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

Ja, wegen und bei _____ Nein

2.1. Leiden Sie an Osteoporose? Ja Nein

2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert? Ja Nein

2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz? Ja Nein

2.4. Rauchen Sie _____ Zigaretten/Tag? Ja Nein

2.5. Trinken Sie regelmäßig/täglich, über 12 Gramm/0,3 Liter Bier als Frau bzw. 24 Gramm/0,6 Liter Bier als Mann, Alkohol? Ja Nein

2.6. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Kortison eingenommen? Ja Nein

2.7. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? Ja Nein

3.1. Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke? Ja Nein

3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt? Ja Nein

3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3- 4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören? Ja Nein

3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden? Ja Nein

- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten? Ja Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim Husten Niesen Pressen Einatmen? Nein
- 4.3. Leiden Sie an Kopfschmerzen Schwindel Übelkeit Sprachproblemen Schluckproblemen?
- 4.4. Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen? Ja Nein
- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?
 Ja, in folgendem/n Bereich/en: _____ Nein
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ des Körpergewicht in 6 Monaten) festgestellt? Ja Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infekten (≥ 5 Infektionen/Jahr)? Ja Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? Ja Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen? Ja Nein
- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst? Ja Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? Ja Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? Ja Nein
- 6.4. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? Ja Nein
- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperliche Anstrengung Brustschmerzen? Ja Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengungen ausüben können?
 Ja, weil _____ Nein
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung? Ja Nein
- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck, etc.) ?
 Ja, folgende: _____ Nein
- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?
 Ja, folgende: _____ Nein

- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten? (z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)
 Ja, und zwar _____ Nein

Vielen Dank!