

ANAMNESEBOGEN HEILMITTELBEREICH

Name:		Untersuchungsdatum:	
Vorname:		Therapeut:	
geb. am:		überweisender Arzt:	

• **WAS IST IHR AKTUELLES PROBLEM?**

Bitte beschreiben Sie Ihr aktuelles Problem.

Seit wann existiert es? Worin sehen Sie die Ursache?

Welche Untersuchungen wurden bzgl. Ihres aktuellen Problems durchgeführt?

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Welche weiteren Behandlungen sind geplant?

Welche weiteren Erkrankungen haben Sie? Bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Thrombosen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Arterien- erkrankungen	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel- krankheiten	<input type="checkbox"/> Epilepsie	_____
	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerk.		

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja woran?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Blutdrucksenker	<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente
<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Antibiotika	
<input type="checkbox"/> Andere:			

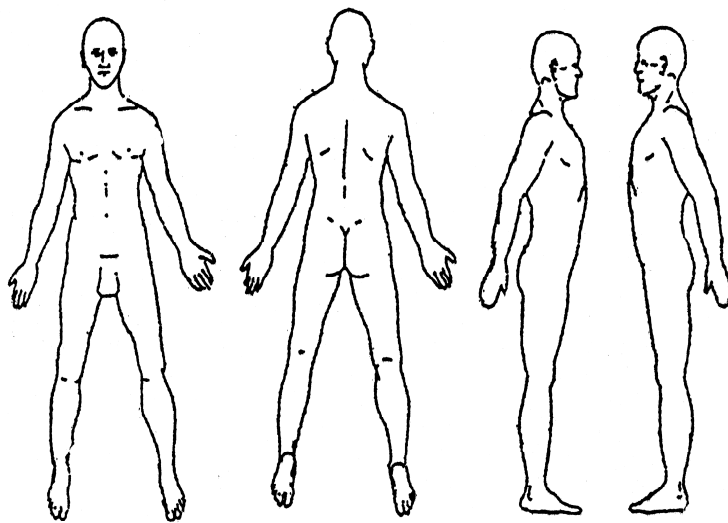
Sport:

Beruf:

Bitte wenden →

• **AKTUELLE SCHMERZ- / PROBLEMANALYSE**

Bitte zeichnen Sie ein in welcher Körperregion sich Ihr Problem äußert.



Bitte bewerten Sie die Stärke Ihres Problems.
0 = keine Einschränkung / kein Schmerz
10 = sehr starke Einschränkungen / unerträgliche Schmerzen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(bitte ankreuzen)

Wobei hindert Sie das Problem in Ihrem Alltag oder Berufsleben?

z.B. An-/Ausziehen, Körperpflege, Tätigkeiten im Haushalt, Autofahren, Gehen, Treppe steigen, Tätigkeiten im Beruf, Schlafen:

Was tun Sie, um diese eingeschränkten Tätigkeiten trotzdem ausführen zu können?

• **ZIELANALYSE**

Was möchten Sie nach der Therapie wieder ausführen können, was jetzt nicht möglich ist?

VOM THERAPEUTEN AUSZUFÜLLEN

Hauptprobleme	Therapieziele
•	•
•	•
•	•
•	•