

ANAMNESEBOGEN HEILMITTELBEREICH

Re-Befund:

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

ÄRZTLICHE DIAGNOSE:

• **WAS IST IHR AKTUELLES PROBLEM?**

Bitte beschreiben Sie Ihr aktuelles Problem. Seit wann existiert es.
Was ist die Ursache?

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt und welche weiteren sind geplant?

Welche weiteren Erkrankungen haben Sie? Bitte ankreuzen oder ergänzen!

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerk.	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Trombosen	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten		<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> MS
<input type="checkbox"/> Arterien- erkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumorerkrank.		<input type="checkbox"/> Epilepsie

Sonstige Nebendiagnosen:

Wurden Sie bereits wegen einer **anderen** Erkrankung/Verletzung operiert?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte ankreuzen oder ergänzen.

<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"/> Psychopharmaka
<input type="checkbox"/> Andere:			

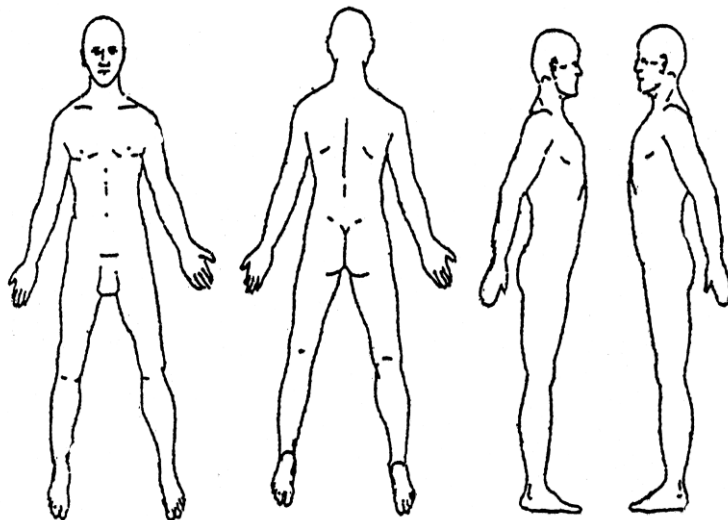
Sport / Hobby:

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Bitte wenden →

• **AKTUELLE PROBELM- / SCHMERZANALYSE**

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



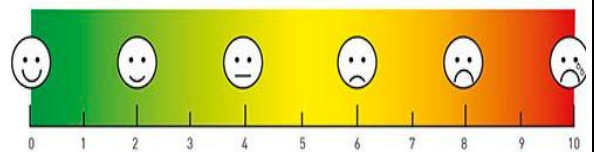
Bitte bewerten Sie die Stärke Ihres Problems.



= keine Einschränkung / kein Schmerz



= sehr starke Einschränkungen / unerträgliche Schmerzen



Wenn Sie Schmerzen haben, wie fühlen sie sich an?

- ziehend dumpf kribbelnd brennend heiß
- stechend bohrend taub pulsierend kalt
- andere

Bei welchen Bewegungen / Aktivitäten hindert Sie das Problem?

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

VOM THERAPEUTEN AUSZUFÜLLEN:

Hauptprobleme	Therapieziele
<ul style="list-style-type: none"> • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • •

Bei Festpatienten auszufüllen: Ergebnisse nach Re-Befund am:

Hauptprobleme	Therapieziele
<ul style="list-style-type: none"> • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • •