Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem ersten Termin aus und bringen Sie ihn mit. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und helfen uns, Ihre Beschwerden gezielt zu beurteilen. Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen nicht per E-Mail.

1. Persönliche Angaben

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ, Ort

Telefon | E-Mail

Krankenkasse / Versicherung | Versichertennummer | Hausarzt / Hausärztin

Überweisende Ärztin / überweisender Arzt | Beruf | Sport / körperliche Aktivität

Versicherungsstatus:

- ☐ gesetzlich versichert
- ☐ privat versichert
- ☐ Selbstzahler
- ☐ Berufsgenossenschaft (Unfall)
- ☐ Beihilfe

2. Aktuelle Beschwerden

Wo haben Sie Beschwerden? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Halswirbelsäule / Nacken
- ☐ Brustwirbelsäule
- ☐ Lendenwirbelsäule
- ☐ Schulter
- ☐ Ellenbogen
- ☐ Hand / Handgelenk
- ☐ Hüfte
- ☐ Knie
- ☐ Sprunggelenk / Fuß
- ☐ Muskeln / Sehnen
- ☐ Ganzer Körper / mehrere Regionen
- ☐ Sonstiges

Seit wann bestehen die Beschwerden? | Gab es einen Auslöser (Unfall, Sport, Belastung)?

Schmerzstärke aktuell (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz):

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

Der Schmerz ist:

- ☐ stechend
- ☐ dumpf
- ☐ brennend
- ☐ ziehend
- ☐ ausstrahlend (z. B. in Arm / Bein)
- ☐ in Ruhe
- ☐ bei Belastung
- ☐ nachts
- ☐ morgens (Anlaufschmerz)

Begleitende Beschwerden:

- ☐ Taubheitsgefühl / Kribbeln
- ☐ Bewegungseinschränkung
- ☐ Fieber
- ☐ Kraftverlust
- ☐ Instabilität / Wegknicken
- ☐ Gewichtsverlust
- ☐ Schwellung
- ☐ Blockierungen
- ☐ Blasen- / Darmstörungen

Bisherige Behandlungen (Medikamente, Physiotherapie, Spritzen, Operationen) und deren Wirkung:

3. Vorerkrankungen

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Gicht
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Neurologische Erkrankung
- ☐ Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Asthma / Lungenerkrankung
- ☐ Herzschrittmacher / Implantate
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Rheumatische Erkrankung
- ☐ Magen-Darm-Erkrankung
- ☐ Tumorerkrankung
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Sonstige:

Frühere Operationen und Unfälle (Art, Jahr):

4. Medikamente und Allergien

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte Name und Dosierung angeben (oder Medikamentenplan beilegen):

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Clopidogrel)?

☐ nein ☐ ja, welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten (Medikamente, Kontrastmittel, Pflaster, Latex, Lebensmittel):

5. Weitere Angaben

- ☐ Ich bin Raucher/in
- ☐ Ich habe einen Allergiepass
- ☐ Ich habe einen Röntgenpass
- ☐ Ich bin schwanger / Schwangerschaft möglich
- ☐ Ich habe einen Implantatausweis
- ☐ Bildaufnahmen (Röntgen, MRT, CT) liegen vor

Was ist Ihnen für die Behandlung besonders wichtig? Welche Erwartungen haben Sie?

Ich versichere, die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Über Änderungen meines Gesundheitszustands oder meiner Medikation informiere ich die Praxis.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in