



## Anamnesebogen Physio-Aktiv

Therapeut: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Körpergröße
Geschlecht
Anschrift
Telefon
Krankenkasse

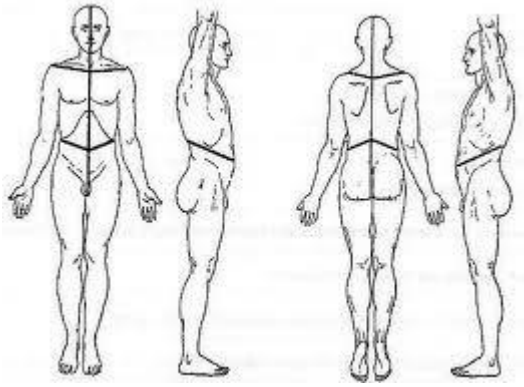
### Sportanamnese und Alltagsbelastung

Beruf	sportliche Tätigkeit
Arbeitsbelastung <input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer <input type="checkbox"/> Vorwiegend sitzend <input type="checkbox"/> Vorwiegend stehend <input type="checkbox"/> ausgewogen	Häufigkeit (regelmäßig pro Woche) <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> 1-2 mal <input type="checkbox"/> 2-3 mal <input type="checkbox"/> 3-5 mal

Haben Sie derzeit Schmerzen?

**Ja**                      **Nein**

Wo haben Sie die Schmerzen?



Wann haben Sie die Schmerzen?

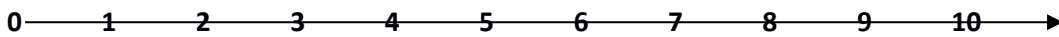
**Konstant**

**belastungsabhängig**

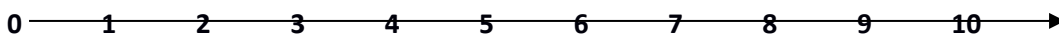
**hin und wieder**

**sehr selten**

Wie stark schätzen Sie ihre Beschwerden ein? (0=kein Schmerz – 10 nicht auszuhaltende Schmerzen)



Wie stark fühlen sie sich in ihrer Tätigkeit und Bedürfnissen eingeschränkt? (ADL)



**Risikofaktoren - allgemein:**

(Insulinpflichtig) Diabetes	Migräne
Blutdruck	Virusinfektion
Cholesterin	Ekzeme
Harnsäure	kürzliche Entbindung
Nikotin	Schwangerschaft
Alkoholkonsum	Krampfadern
Allergien	

**Notizen**

**Erkrankungen des Bewegungsapparates:**

Chron. Polyarthrit	Morbus Parkinson
--------------------	------------------

Polyarthrose	Multiple Sklerose
Rheuma	Morbus Bechterew
Osteoporose	Karpaltunnelsyndrom
Arthrose	Sonstige

**Notizen**



### Wirbelsäulenerkrankungen:

Haltungsschwäche	Spondylolisthesis
Beschwerden HWS	Wirbelverschiebung
Beschwerden BWS	Bandscheibenvorfall
Beschwerden LWS	Wirbelverschleiß

### Gelenkbeschwerden:

Handgelenk	Hüftgelenk
Ellebogen	Kniegelenk
Schultergelenk	Fußgelenk
Kiefergelenke	

**Notizen**

### Erkrankungen des Herzkreislauf-Systems:

Herzinsuffizienz	Niedriger Blutdruck
Infarkt	Hoher Blutdruck
Herzklappenersatz	Kreislaufschwankungen
Bypass OP	Periphere Durchblutungsstörung

### Sonstige Erkrankungen:

Allergisches Asthma/ Belastungsasthma	Zustand nach OP
Obstruktive Atemwegserkrankungen	Vegetative Dystonie
Schilddrüsenüberfunktion	Krebserkrankung
Schilddrüsenunterfunktion	Akute Schmerzen
Emphysem	Harninkontinenz
Gynäkologische Erkrankungen	

**Medikamente**

**Notizen**



**Ziele des Kunden**

**Empfehlung für den Teilnehmer:**

Datum	Blutdruck	Puls	Gewicht

**Notizen**

Der Kunde erklärt die Richtigkeit, Vollständigkeit und Wahrheit seiner Angaben.  
Die Daten werden vertraulich behandelt und nur zum Zwecke der geschlossenen Vereinbarung verwendet.

---

Unterschrift Kunde

---

Unterschrift Therapeut