



Datum:

## Anamnesebogen Physiotherapie Marena

### Persönliche Daten:

Name:..... Geb.:.....  
 Straße:.....  
 PLZ/Ort:.....  
 Telefonnummer..... E-mail:.....

### Allgemein (zutreffendes bitte ankreuzen)

<b>Beruf:</b>	<b>Treiben sie Sport?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Arbeitsbelastung:</b> <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 <input type="checkbox"/> Sonstiges.....	<b>Welchen:</b> .....  <b>Häufigkeit:</b> <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> 1-2 mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-3 mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-5 mal/Woche

### Aktuelle Beschwerden (welche u. seit wann?):

.....

### Ergebnis der ärztl. Untersuchung /MRT/Röntgen Ergebnisse:

.....

### Wurden zum aktuellen Problem neben od. vor der Verordnung bereits Behandlungen durchgeführt?

- Nein  
 Ja, und zwar.....

### Gab es dabei Probleme?

- Nein  
 Ja, und zwar.....

### Wann haben sie die Beschwerden?

- Konstant  belastungsabhängig  hin und wieder  eher selten

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

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

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

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

**Nehmen Sie Medikamente?**

- Nein  
 Ja , und zwar: .....

**Erkrankungen**

**Herz-/Kreislauf:**

- Nein**  
 **Ja, und zwar:**  
 Herzinfarkt  
 Herzfehler  
 Rhythmusstörung  
 Blutdruck N / H  
 Andere.....  
 .....

**Gefäßerkrankung:**

- Nein**  
 **Ja, und zwar**  
 Krampfadern  
 Thrombose  
 Durchblutungsstörung  
 Andere.....  
 .....

**Atemwege/Lunge:**

- Nein**  
 **Ja, und zwar**  
 Chron. Bronchitis  
 Asthma  
 TBC  
 Andere.....  
 .....

**Stoffwechsel:**

- Nein**  
 **Ja, und zwar**  
 Diabetes  
 Gicht  
 Andere.....  
 .....

**Weitere**

**Lähmung:**

- Nein  
 Ja: .....

**Epilepsie:**

- Nein  
 Ja

**Gefühlsstörung:**

- Nein  
 Ja: .....

**Schwindel:**

- Nein  
 Ja

**Blutgerinnungsstörung:**

- Nein  
 Ja

**Allergie:**

- Nein  
 Ja: .....

**Überempfindlichkeit:**

- Nein  
 Ja: .....

**Andere Erkrankungen:**

- Nein  
 Ja:.....

**Schwanger:**

- Nein  
 Ja, Probleme?.....

**Knochenbrüche, Band- od. Gelenkverletzung:**

- Nein  
 Ja: .....

**Schleudertrauma:**

- Nein  
 Ja, Wann?.....

**Osteoporose:**

- Nein  
 Ja

**OPs:**

- Nein  
 Ja, was und wann?.....



**Metallimplantate od. Anderes:**

- Nein  
 Ja:.....

**Sonstiges:**

.....

**Ist für Sie eine Betreuung eingerichtet?**

- Nein  
 Ja, Name u. ggf. Anschrift des Betreuers:

.....

Ich bin gemäß § 630 e BGB von dem/der behandelnden Therapeut/in aufgeklärt worden über die oben aufgeführten Infos zu Anamnese, Befund, mögl. Kontraindikationen, den verordneten bzw. vorgesehenen Heilmitteln, der geplanten Therapie ( Art, Umfang, Dauer, Risiken), über Alternativen zur geplanten Behandlung und die Empfehlung für nach der Therapie gebotene Maßnahmen. Weitere Fragen hab ich nicht.

**Ich willige in die beschriebene Therapie für die gesamte Behandlungsdauer ein:**

- Nein  
 Ja

**Ich gestatte die Einsichtnahme in die Patientendokumentation (einer) bestimmten Person(en):**

- Nein  
 Ja, und zwar (Name, ggf. Adresse)

.....

**Ich gestatte meiner Krankenkasse/Krankenversicherung Einsicht in diese Dokumentation:**

- Nein  
 Ja, Namenskürzel der Kasse: .....

**Ich gestatte die Einsichtnahme in diese Patientendokumentation weiteren Krankenkassen, Unfallkassen, Rentenversicherungsträgern oder anderen Organisationen:**

- Nein  
 Ja, und zwar (Name, ggf. Anschrift): .....

**Ort:..... Unterschrift Patient (ggf. Betreuer).....**