

Anamnese- Fragebogen

Katrin Alber- Sektorale Heilpraktikerin für Physiotherapie/ Physiotherapeutin/ Osteopathin

Name:	Geburtstag:
Vorname:	Mobil:
Straße:	Email:
PLZ/ Ort	Krankenkasse:
Beruf:	Genesen/ Geimpft; wann und womit:
Familienstand/ Kinder:	

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Hautausschläge, Medikamente

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Tumore, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma; Fibromyalgie, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie; Osteoporose

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Herpes Simplex, Gürtelrose

Gibt es Allergien?

Pollen:

Nahrungsmittel:

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht	Meine Körpergröße
Mein Blutdruck	Trinken Sie Alkohol?
Rauchen Sie?	
Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?	
Schaffen Sie es jeden Tag, je eine Hand voll Obst und Gemüse zu essen?	
Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?	
Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen; Wadenkrämpfe	
Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?	

Chronologie der Krankengeschichte Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben. Haben Sie aktuell Metall im Körper?
--

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja:

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links – rechts – doppelseitig

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig/ weitsichtig, Grauer Star

Ohren Tinnitus/ Schwerhörigkeit seit:

Zähne/ Kiefer Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

Haben Sie Implantate?

Haben Sie eine Zahnschiene (knirschen)

Zahnfüllmaterialien

Amalgam/ Kunststoff/ Gold/ Keramik

Nase Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

Mandeln Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind/ heute

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation

Brust und Bauch

Herz	Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Defibrillator
Magen	Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Geschwür, Operation
Darm	Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarmoperation, Blähungen
Stuhlgang	täglich, jeden ___Tag, unregelmäßig, Verstopfungen/ Durchfall

Rücken– Arme– Beine

Arme	Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände
Beine	Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen Fersenerhöhung, Totalerhöhung, Abrollhilfe, orthopädische Schuhe
Rücken	Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma Hatten Sie einen Unfall mit Halswirbelsäulenbeteiligung

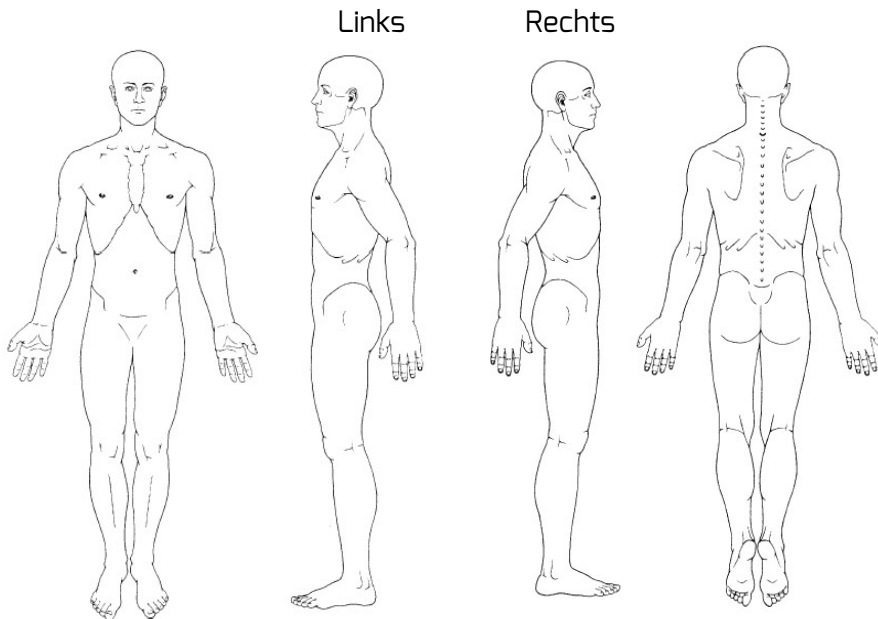
Unterleib

Gynäkologie	Sind Sie schwanger? Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung
Prostata	vergrößert, Entzündung gehabt, aktuell
Niere/Blase	Nierensteine, Entzündungen – häufig, oft kalte Füße
Harn	viel, wenig, häufig, kann nicht halten

Schmerzen

Seit wann haben Sie Schmerzen?
Gab es ein auslösendes Ereignis?
Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, selten
Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf
Welche Ereignisse verbessern? Monatsblutung Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub
Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage
Bisherige Schmerzbehandlung
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Auch Nahrungsergänzungsmittel und Blutverdünner angeben

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung, Narben in **Rot** einzeichnen.



Über eventuelle Gefahren physiotherapeutischer Maßnahmen ist aufzuklären:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein.
2. Wir arbeiten mit sehr gezielten und sanften Techniken und schulen uns regelmäßig weiter.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst Ihr Einverständnis voraus.

Wenn Sie wissen möchten, in welchem Umfang Ihre Krankenkasse die Kosten für die private physiotherapeutische Behandlung übernimmt, sollten Sie dies bitte im Vorfeld selbst mit Ihrer Krankenkasse klären.

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihren Termin bitte mindestens einen Werktag (bei einem Termin am Montag, bitten wir um Absage bis spätestens Freitagnachmittag) vorher ab. Bei zu später Absage müssen wir Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen. Gemäß §615BGB

Erwachsene 80 Euro/ Dauer ca. 55 Minuten

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift _____
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)