

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m / w / d

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf/letzte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Haltung/Belastung:  sitzen  vorw. sitzen  vorw. stehen/gehen  schwer körperlich

Ich bin:  rechtshändig  linkshändig

Hobby/Freizeit: \_\_\_\_\_

Sport:  regelmäßig (>2x/Wo. mind. 30min.)  häufig (1x/Wo mind. 30min.)  gelegentlich (> 30min./14Tage)  selten/nie

meine Sportart(en): \_\_\_\_\_

Welche sind aktuell Ihre Hauptbeschwerden?

Bitte zeichnen Sie ein:

---



---

#### KRANKHEITSGESCHICHTE

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?

Gab es einen Auslöser (Sturz, Unfall, etc.)?

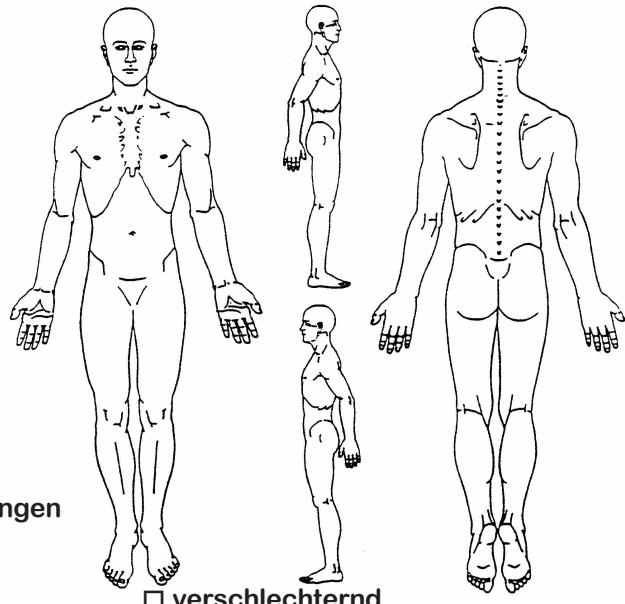
ja: \_\_\_\_\_  
 nein

Die Beschwerden sind:

permanent  mit Unterbrechungen

Seit Beschwerdebeginn:

besser werdend  gleich bleibend  verschlechternd



Welche Maßnahmen zur Diagnostik wurden bisher durchgeführt?  
Befund:

Röntgen  CT  MRT

Welche Therapiemaßnahmen wurden bisher durchgeführt?  
Resultat:

Physiotherapie  Osteopathie/Heilpr.  
 Akupunktur  Andere:

**SCHMERZANAMNESE:**

Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan?

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

Wie stark waren diese innerhalb der letzten 24h?

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

Wie stark waren Ihre Schmerzen maximal?

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

**Erklärung:**  
 0 = gar kein Schmerz  
 10 = größter, vorstellbarer Schmerz („Vernichtungsschmerz“)

Was verbessert Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? \_\_\_\_\_

**Erklärung:** z.B. Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Büicken, Tragen

Haben Sie Schmerzen beim Husten/Niesen/Pressen/Schlucken (bitte einkreisen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie nachts Schmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Schlaf gestört? Schlafposition (bitte einkreisen): SL li. / SL re. / RL / BL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle, oder Operationen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals einen Tumor, oder eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, oder nächtliches Schwitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie momentan regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Falls „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Angst/Bedenken, dass Bewegung/Belastung Ihrem Problem schadet?  ja  nein  
Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?  ja  nein

Was sind Ihre Erwartungen/Ziele für die Therapie?

---

#### **NEBENERKRANKUNGEN:**

Haben Sie diagnostizierte Knochen- oder Gelenkerkrankungen?  ja  nein  
*Rheuma / Arthrose / Arthritis / Osteoporose / Fibromyalgie / Bechterew / Andere*

Leiden Sie unter Herz-Kreislauferkrankungen? (Zutreffendes bitte einkreisen)  ja  nein  
*Herzinfarkt/Bypass / Arteriosklerose / Thrombose/Krampfadern / niedriger Blutdruck / Bluthochdruck: letzter Wert:*

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Zutreffendes bitte einkreisen)  ja  nein  
*Übergewicht / Schilddrüsen □ -Überfunktion od. □ -Unterfunktion / Gicht / Diabetes mellitus Typ: \_\_ / Fettstoffwechselstörung*

Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Zutreffendes bitte einkreisen)  ja  nein  
*Magen / Darm / Blase / Verstopfung / Inkontinenz / Asthma / COPD*

#### **Aufklärung**

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bereits in verständlicher Weise ausreichend vom verordnenden Arzt über meine Erkrankung sowie Art, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der verordneten Behandlung und deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und Therapie aufgeklärt worden bin.*

*Sollte die im Rahmen der physiotherapeutischen Behandlung durchzuführende Anamnese und Befundung Anlass zu einer ergänzenden Aufklärung geben, wird diese durch Ihren Therapeuten vor Therapiebeginn durchgeführt. Ebenfalls wird der Therapeut Sie über mögliche Maßnahmen informieren, die Sie selbst ergreifen können, um den Heilungsprozess während und nach der Therapie zu unterstützen.*

*Die vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und willige in diese Regelungen ausdrücklich ein.*