

# Anamnesebogen Physiotherapiepraxis Ulrike Hartl



Zur optimalen Behandlung Ihrer Beschwerden benötige ich vorab einige Informationen. Ich unterliege der Schweigepflicht.. Bitte zum vereinbarten Termin mitbringen!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Hobby/Sport: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_

Termine, die nicht mindestens 24h vor Beginn abgesagt wurden, werde privat in Rechnung gestellt. Die Kosten, die meine Krankenkasse nicht übernimmt, muss ich selbst tragen.

Datum/Unterschrift:.....

Was ist Ihr Hauptproblem?

Wo genau liegt Ihr Problem?

Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt?

Haben Sie eine veränderte Sensibilität, wie z.B. Kribbeln/ Taubheit?

Kraftverlust?

Was bessert Ihre Beschwerden?

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Wie stark sind Ihre Schmerzen im Moment? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie stark sind Ihre Schmerzen nachts? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie Kopfschmerzen, wenn ja wie oft und wo? Ja nein

Haben Sie Probleme mit Übelkeit, Schwindel, Schluckstörung? Ja nein

Leiden Sie unter Vorerkrankungen, wenn ja welche?

Durchgeführte Operationen und wie sind diese verlaufen?

Haben Sie Narben, die Sie stören oder einschränken? Ja nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzung und/oder Medikamente, wenn ja welche?

Gewichtszunahme – oder Abnahme grundlos? Ja nein

Fieber, Schwitzen, Hitze, Kälte?

Wie sind Ihre Erwartungen/Ziele an die Behandlung?

Gibt es Behandlungsmethoden, die Sie ablehnen, wenn ja warum?

Gibt es Befunde, Röntgen- oder MRT Bilder zu Ihrem Problem?

Platz für weitere Anmerkungen