

Anamnesebogen

Ich freue mich, dass Sie sich für meine Praxis entschieden haben. Mein Ziel ist es, Sie bestmöglich zu unterstützen. Dazu benötige ich vorab einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Vielen Dank!

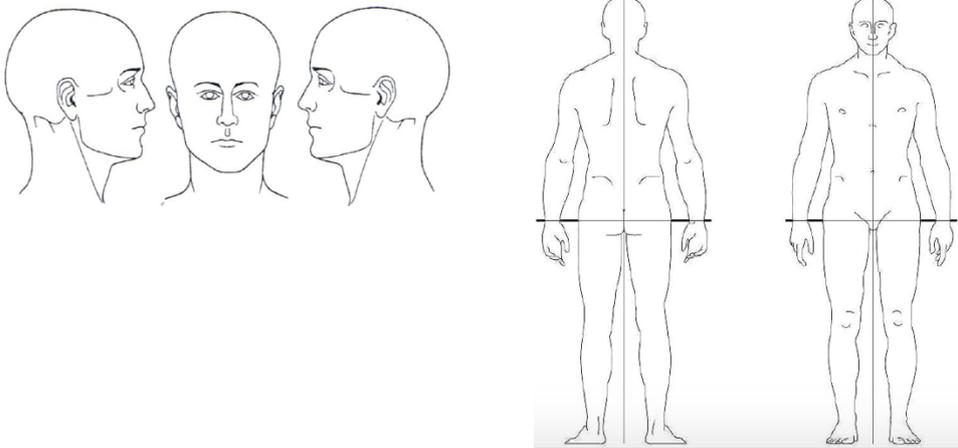
Vorname/ Name	Geb. Datum / aktuelles Alter
Anschrift	E-Mail
Hausarzt	
Beruf / ausgeübte Tätigkeit	Sport/ Hobby

Bitte zutreffendes Ankreuzen!
Ich bin:

- Privatpatient
 Beihilfeberechtigt
 Selbstzahler

Spezielle Angaben zu Ihrer Person und den Gründen Ihres Besuches:

1. Wo haben Sie Beschwerden? Bitte einzeichnen!



2. Haben Sie Schmerzen?

- Ja
 nein

3. Wenn ja, wie stark sind Ihre Schmerzen **aktuell** auf einer Skala von eins bis zehn? Bitte einkreisen!

Min 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Max

Bitte wenden!

Anamnesebogen

4. Wie ist die zeitliche Einschätzung Ihres Beschwerdebildes? (Punkte links) Werden diese im Tagesverlauf besser oder schlechter? (Punkte rechts)

- permanent besser?
 mit Unterbrechung schlechter?

5. Besteht eine Veränderung Ihrer Sensibilität? Brennen, Kribbeln, Taubheit oder ähnliches? Kraftverlust?

- ja nein

Gibt es eine Bekannte Ursache oder Auslöser für Ihre Beschwerden? Schlag, Sturz, Unfall? Wenn ja, was?

- ja nein was?
-

6. Leiden Sie an einem Lymphödem, Lipolymphödem, einem Krankheitsbild des Lymphgefäßes oder einer ödematösen Neigung?

- ja nein

Befinden oder befanden Sie sich deshalb in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung und wo?

Diagnose/ Praxis

7. Was erleichtert oder verbessert Ihre Beschwerden?

- Sitzen Stehen Liegen Ruhe Aktivität Gehen
 Tragen Heben Sport Überkopfarbeit Bücken sonstiges

8. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

- Sitzen Stehen Liegen Ruhe Aktivität Gehen
 Tragen Heben Sport Überkopfarbeit Bücken sonstiges

9. Leiden Sie unter einem der folgend aufgeführten Krankheits- bzw. Beschwerdebildern?

	ja	nein		ja	nein
Rheuma			Verdauungsbeschwerden		
Gicht			Infektionskrankheiten		
Inkontinenz			Diabetes mellitus Typ 1 oder 2		
Osteoporose			Erkrankungen der Schilddrüse		
Kopfschmerzen			Krebs-, Tumorerkrankungen		
Wirbelsäulenerkrankungen			Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen/ Schwindel		
Bandscheibenvorfall			Herz-, Kreislaufkrankungen		

10. Besteht eine Schwangerschaft?

- ja nein

11. Befinden oder befanden Sie sich in Kieferorthopädischer Behandlung?

- ja nein

12. Wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihre emotionale/ psychische Befindlichkeit aus?

- ja nein