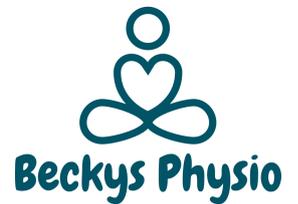


ANAMNESEBOGEN

freiberufliche Physiotherapeutin
Rebecca Wagner



Name:	Geb. am:
Adresse:	Größe:
Mailadresse:	Gewicht:
Hausarzt/Facharzt:	Telefon:

Jetzige Beschwerden

Was sind die Symptome?
Wann /seit wann treten bzw. traten die Symptome auf (24h-Verhalten)?
Wie ist die Art und Stärke der Symptome?
Wodurch können die Symptome beeinflusst werden?
Womit gemeinsam treten die Symptome auf? (Begleitphänomene)

Bisheriger Verlauf

Welche diagnostischen Maßnahmen fanden bislang statt?
Welche Ergebnisse erbrachten diese?
Womit wurde bisher behandelt?
Wodurch wurde eine Veränderung erzielt?
Wie sind Ihre Vitalfunktionen? (Essen, Trinken, Verdauung, Schlaf, Sexualität)
Wann traten früher Beschwerden am Bewegungsapparat auf?
Was für andere Erkrankungen (Störungen) haben Sie zurzeit?

Soziale Anamnese

Beruf (erlernter, ausgeübter, Nebentätigkeiten)
Sport und Hobbys
Unfälle, die zu Leistungsänderungen führten (Arbeit, Sport, Straßenverkehr)
Operationen, die zu Leistungsänderungen führten (Wirbelsäule, Gelenke, Organe)
Wohnungs- und Familiensituation

ANAMNESEBOGEN

freiberufliche Physiotherapeutin
Rebecca Wagner



Gesundheitliche Entwicklung
Unterleib (gynäkologisch, urologisch, Vorsorgeuntersuchungen)
Bauchorgane (Magen, Darm, Leber, Galle, Milz, Pankreas, Nieren, Harnwege)
Brustorgane (Herz, Lunge, Atemwege, Bluterkrankungen, Gerinnungsstörungen..)
Gefäßerkrankungen (Aneurysma Hirngefäße/Aorta, pAVK, Krampfadern...)
Kopf (Augen, Ohren, Nasen-Rachen-Raum, Zahnstatus, Zentralnervensystem)
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Gicht, Schilddrüse...)
Infektionserkrankungen (AIDS, Tuberkulose, Hepatitis...)
Psyche (Depression, Schizophrenie, Burn out...)
Medikamente (Insulin, Markumar, Asthma-/Nitro-Spray...)
Allergien

Familienanamnese
Alter (und Todesursache) der Eltern
Chronische Erkrankungen der Eltern
Chronische Erkrankungen der Geschwister
Ernste Erkrankungen der Kinder
Erbkrankheiten/sonstige Krankheiten (besonders Tumore, Rheuma, Stoffwechselerkrankungen)

Welche Ziele möchten Sie mit der Untersuchung/Therapie erreichen?

Datum /Ort

Unterschrift Patient/-in

Therapeut/-in