

# Daniel's Praxis Physiotherapie

Hauptstraße 14, 18211 Bargeshagen, Tel.: 038203/13149, E-Mail: info@daniels-praxis.de

## Anamnesebogen zur physiotherapeutischen Behandlung

### Das sollten wir wissen!

Liebe Patienten,

dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten.

Vielen Dank, Ihr Praxisteam „Daniels Praxis“

- 
- 1.1 Welche/n Beruf/e üben Sie aus?
- 1.2 Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei in Sitzen? ca.  Stunden/Prozent
- 1.3 Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag  Ja, ca.  kg  Nein  
Bewegen/tragen?
- 1.4 Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie?
- 1.5 Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch?
- 1.6 Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische  Nein  Ja, folgende  
Eingriffe (Operationen)
- 1.7 Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  
 Nein  Ja, wegen und bei

- 
- 2.1. Leiden Sie an Osteoporose?  Ja  Nein
- 2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm  
verkleinert?  Ja  Nein
- 2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren  
Sturz?  Ja  Nein
- 2.4. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen?  Ja  Nein
- 2.5. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?  Ja  Nein

- 
- 3.1. Haben Sie neue oder wiederholt weiche Schwellungen eines oder  
mehrerer Gelenke?  Ja  Nein
- 3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens  
Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt?  Ja  Nein
- 3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3 – 4 Uhr) noch  
Vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören?  Ja  Nein
- 3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden?  Ja  Nein
-

# Daniel's Praxis Physiotherapie

Hauptstraße 14, 18211 Bargeshagen, Tel.: 038203/13149, E-Mail: info@daniels-praxis.de

- 
- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem halten von Harn und Stuhl aufgetreten?  Ja  Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim  Husten  Niesen  Pressen  Einatmen  Ja  Nein
- 4.3. Leiden Sie an?  Ja  Nein  
 Kopfschmerzen  Schwindel  Übelkeit  Sprachproblemen  Schluckproblemen
- 4.4. Haben Sie das Gefühl auf Watte zu gehen?  Ja  Nein
- 

- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit? (auch geheiltes Krebsleiden)  
 Ja, in folgendem/n Bereich/en:   Nein
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ( $\geq 5\%$  des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt?  Ja  Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infektionen ( $\geq 5$  Infektionen/Jahr)?  Ja  Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank?  Ja  Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen?  Ja  Nein
- 

- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst?  Ja  Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich in den letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig Bedrückt oder hoffnungslos?  Ja  Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?  Ja  Nein
- 6.4. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam?  Ja  Nein
- 

- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?  Ja  Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengung ausüben können?  
 Ja, weil:   Nein
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes Mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?  Ja  Nein  
 Ja  Nein
- 

- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)?

Nein  Ja, folgende:

---

- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein?

Nein  Ja, folgende:

---

- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten?

Nein  Ja, folgende:

---

Vielen Dank für die Zusammenarbeit!