

Anamnesebogen

Physiotherapie · Heilpraktiker · Osteopathie · Chiropraktik

Bitte vor dem ersten Termin ausfüllen

Bitte beantworten Sie die Fragen soweit Ihnen die Angaben bekannt sind. Offene Fragen klären wir gemeinsam im Termin.

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Datum
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnr.	E-Mail
PLZ, Wohnort	Beruf / Tätigkeit
Körpergröße	Körpergewicht
Hausarzt	Behandelnde Fachärzte

2 Aktuelle Beschwerden und Ihr Anliegen

Was führt Sie heute zu uns? Wo befinden sich die Beschwerden?

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____ ☐ plötzlich ☐ schleichend ☐ nach Unfall

Beschwerdestärke heute (0 = keine, 10 = stärkste vorstellbare): _____ ☐ Schmerz ☐ Steifigkeit ☐ Schwellung

Gibt es Begleiterscheinungen?

☐ Taubheit / Kribbeln ☐ Kraftverlust ☐ Schwindel ☐ Kopfschmerzen ☐ keine

Was verschlechtert oder verbessert die Beschwerden?

Welche Untersuchungen oder Befunde liegen vor? (z. B. Röntgen, MRT, CT, Labor)

Was möchten Sie durch die Behandlung im Alltag wieder besser können?

3 Alltag, Belastung und bisherige Behandlung

Bisherige Behandlungen / Therapien und deren Wirkung:

Sport / regelmäßige Bewegung _____ Schlaf / Erholung _____

Besondere berufliche oder alltägliche Belastungen _____

Anamnesebogen

Gesundheitsgeschichte und wichtige Sicherheitsangaben

4 Vorerkrankungen und Gesundheitsgeschichte

Bitte ankreuzen, wenn aktuell oder früher relevant, und unten Diagnose sowie Jahr/Beginn angeben.

- | | |
|---|---|
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung / Bluthochdruck | ☐ Atemwegs- / Lungenerkrankung |
| ☐ Thrombose / Embolie / Gerinnungsstörung | ☐ Magen-Darm-, Leber- oder Nierenerkrankung |
| ☐ Diabetes / Stoffwechsel- oder Schilddrüsenerkrankung | ☐ Krebserkrankung aktuell oder früher |
| ☐ Neurologische Erkrankung | ☐ Relevante Infektion / ansteckende Erkrankung |
| ☐ Rheumatische / autoimmune Erkrankung | ☐ Wiederkehrende Ohnmacht / Kreislaufprobleme |
| ☐ Osteoporose / relevante Knochenerkrankung | ☐ Andere relevante Erkrankung |

Jahr / Beginn	Erkrankung / genaue Diagnose

Bitte sprechen Sie uns vor der Behandlung sofort an, wenn aktuell zutreffend:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Fieber / akuter Infekt | ☐ ungeklärter Gewichtsverlust | ☐ neu aufgetretener deutlicher Kraftverlust |
| ☐ neue Blasen- oder Darmfunktionsstörung | ☐ starke neue Beschwerden nach Unfall | ☐ keines davon |

5 Operationen, Verletzungen und Implantate

Bitte nennen Sie wichtige Operationen, Unfälle oder Verletzungen möglichst mit Jahreszahl:

Jahr	Erkrankung / Operation / Verletzung

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Gelenkprothese / Implantat | ☐ Herzschrittmacher / Defibrillator | ☐ Stent / sonstiges Metallimplantat |
|---|--|--|
- Welche / wo? _____

6 Medikamente, Allergien und Unverträglichkeiten

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (besonders Blutverdünner, Cortison, Immunsuppressiva, Schmerzmittel)

Bestehen Medikamentenallergien oder -unverträglichkeiten?

- ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? Besonders gegen Sulfonamide (z. B. Berlocombin):

7 Weitere Angaben, falls für Ihre Beschwerden relevant

Aktuelle oder mögliche Schwangerschaft _____ ☐ nein ☐ ja ☐ unklar

Weitere medizinisch oder für Ihre Beschwerden wichtige Angaben _____

Datenschutzhinweis

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen persönlich zum Termin mit.
Gesundheitsdaten bitte nicht unverschlüsselt per E-Mail versenden.