



Anamnesebogen Physiotherapie Erw.

Persönliche Daten			
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Wohnort		Größe, Gewicht	
Tel. Nr.		Mobil	
E-Mail		Familiäre Situation	
Anzahl der Kinder		Schwangerschaften, Geburten	
Beruf		Tätigkeit	
Überweisender Arzt		Verordnung (Rezept)	
Krankenkasse?		Berufsgenossenschaftsfall?	
Diagnose		Arbeitsunfähig?	
Hilfsmittel		Hobby / Sport	

Angaben zum Allgemeinzustand			
Waren Sie bereits in therapeutischer Behandlung? Erfolgreich? _____			
Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen? (Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore) _____			
Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen
Haben Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum? (auch in der Kindheit) _____			
Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/Stürze/Frakturen/Trauma? Wenn ja, wann? _____			
Haben Sie Allergien/Hauterkrankungen/Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____			
Sind Sie momentan besonderen Belastungen ausgesetzt? (familiär, beruflich, im Alltag, psychisch)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welchen? _____			
Was ist der Grund Ihres kommen Wollens? _____			
Was sind Ihre Erwartungen? _____			
Welche Beschwerden haben Sie? _____			
Gibt es etwas, was die Beschwerden verbessert / verschlimmert? _____			
Schmerzen? (Sehr gering) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (Extrem stark)			

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Auf eine gute Zusammenarbeit.	
Datum: _____	Unterschrift: _____