

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

In unserer Praxis verbinden wir modernen Untersuchungs- und Therapiemöglichkeiten mit der Sorgfalt und Qualität der Schulmedizin. Um gemeinsam mit Ihnen ein ganzheitliches Therapieschema zu entwickeln, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z. B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen.

Name, Vorname:..... Geburtsdatum:.....

Straße/Hausnummer:..... PLZ/Ort:.....

Telefon privat:..... Telefon mobil:.....

E-Mail:.....

Name/Adresse Hausarzt:.....

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?.....

Wie schätzen Sie Ihr Aktivitäts-/Belastungsprofil über den Tag ein?

überwiegend stehend überwiegend sitzend überwiegend gehen/laufen

Kommen Sie lediglich aus prophylaktischen Gründen, sind somit symptomfrei und wünschen nur eine Kontrolle Ihres Bewegungsapparates?

Ja / Nein

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Ja / Nein

Wenn ja, wann?..... Wo?.....

Mit den gleichen Beschwerden die Sie heute zu mir in die Praxis führen?

Ja / Nein

Wenn nein, welche anderen Beschwerden waren das?.....

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?(Freie Schilderung).....

*

Wo sind die Beschwerden?(Lokalisation).....

*

Auf einer Schmerzskala von 1-10 (1 kein Schmerz, 10 kaum auszuhalten) befinde ich mich heute bei:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie äußern sich Ihre Beschwerden? Wie fühlt sich der Schmerz an? Taubheit Ziehen Pulsieren Rötung
 Kribbeln Stechen Ameisenlaufen Schwellung Brennen Druckempfindlichkeit Kältegefühl Sonstiges

Seit wann bestehen die Beschwerden?.....

Seit dem Beginn sind die Beschwerden bis heute: gleich geblieben stärker geworden besser geworden

Ihr Problem verschlechtert sich durch:.....

Ihr Problem verbessert sich durch:.....

Bei welchen Alltagsaktivitäten wirken sich die Einschränkungen am meisten aus? (Stichworte)

*

Wie und wann treten die Schmerzen typischerweise auf? konstant morgens schlimmer im Laufe des Tages besser wiederkehrend abends schlimmer im Laufe des Tages schlechter langsam zunehmend Wärmen hilft besser bei Bewegung anfallsartig/plötzlich Kühlen hilft schlechter bei Bewegung

Waren oder sind Sie mit diesen aktuellen Beschwerden bereits anderweitig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

Ja / Nein

Hausarzt: seit wann:.....

Orthopäde:.....seit wann:.....

Gibt es Röntgenbilder, CT-, MRT-Aufnahmen, Ultraschallbilder oder sonstige Befunde? Ja / Nein

Wenn ja, was?.....

Welche nennenswerten Erkrankungen hatten Sie in den letzten Jahren?

*

Leiden Sie an einer chronischen Krankheit? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Gab es Krebserkrankungen? Ja / Nein

Wann? Wo?.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Schmerzmedikamente Entzündungshemmer Diabetes Medikamente Herz-/Blutdruckmedikamente Blutverdünner Kortison Nahrungsergänzungsmittel sonstige leistungsfördernde Substanzen Drogen andere.....

Welche Medikamente und Dosierung?.....

*

Sind Sie aufgrund der Schmerzen auf Medikamente angewiesen? Ja / Nein

Wenn Ja, welche und Dosierung?.....

Hatten sie in den vergangenen Jahren Operationen? Ja / Nein

*

Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen,
Bandrupturen, Sehnenabriss, Künstliche Gelenke, Fixateure, Schrauben, Nägel? Ja / Nein

Was und wann?.....

Gab es Bandscheibenvorfälle/-Protrusionen? Ja / Nein

Wann? Wo?.....

Besteht ein erhöhter Blutdruck? Ja / Nein / Unbekannt
Wenn ja, seit wann? _____ / _____ / _____

Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? Ja / Nein

Wenn ja, welche:.....; seit wann: _____ / _____ / _____

Besteht eine körperliche Behinderung? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Leiden Sie an Allergien/Unverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen, Medikamente etc.? Ja / Nein

Wenn ja, welche?.....

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber? Ja / Nein

Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfällen, Epilepsie? Ja / Nein

Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend? Ja / Nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen/Gefühlsstörungen der Hände
oder Arme oder schlafen ihnen (nachts) die Hände ein? Ja / Nein

Besteht bei Ihnen eine tatsächlich festgestellte Beinlängendifferenz? Ja / Nein / Unbekannt

Wenn ja, wie viele cm (links rechts)?.....cm

Tragen Sie Einlegesohlen? Ja / Nein

mit Hackenerhöhung (links rechts)

Zahngesundheit

Tragen Sie eine Positionierungsschiene? (Aufbiss Schiene) Ja / Nein

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet - Über mögliche Risiken beim Fehlen wichtiger Angaben bin ich informiert.

✗ _____ Ort, Datum, Unterschrift