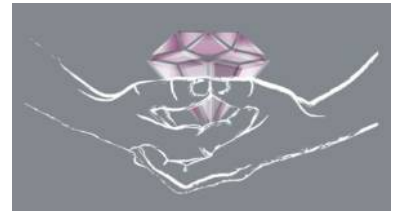


Monika Hofmann  
Kirschenweg 9  
69168 Wiesloch  
Tel. 06222 38 28 783  
Fax. 06222 38 28 804  
[www.physioMH.de](http://www.physioMH.de)  
[praxis@physioMH.de](mailto:praxis@physioMH.de)



## ANAMNESEBOGEN

Name ..... Vorname .....

Straße ..... PLZ/Wohnort .....

Telefon ..... E-Mail .....

Geburtsdatum ..... Alter ..... Weiblich o Männlich o

Krankenkasse ..... Beihilfe o Ja o Nein

Beruf ..... Sport / Hobbies .....

Hausarzt ..... Empfehlung durch .....

1. Akute Beschwerden sind .....

2. Seit wann haben Sie sie und wann äußern sie sich ? .....

.....

3. Gab es einen Auslöser hierfür ?

o nein o Unfall/Sturz o Operation o Sonstiges .....

4. Beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen (z.B. stechend, bohrend, reißend, klopfend, einschießend) .....

5. Was hat Einfluß auf Ihre Beschwerden (z. B. Wärme, Kälte, bestimmte Haltung oder Bewegung, ...)

Positiver Einfluß (d.h. der Schmerz nimmt dadurch ab) .....

Negativer Einfluß (d.h. Schmerz nimmt dadurch zu) .....

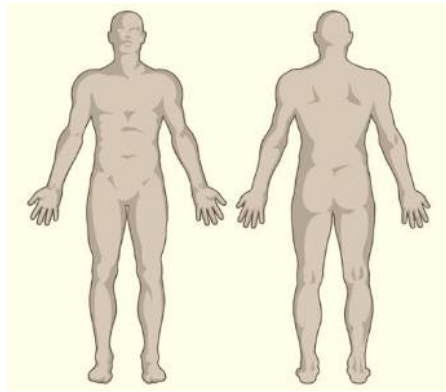
6. Beschreiben Sie Ihre Schmerzen anhand der Schmerzskala:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

.....

wenig Schmerz normaler Schmerz extremer Schmerz

7. Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre **Schmerzen, Beschwerden, Operationen und Narben** ein:



**7a. Muskeln / Gelenke:**

- |    |      |   |
|----|------|---|
| Ja | Nein | Chronische Gelenkschmerzen / Rheuma / Arthritis |
| Ja | Nein | Gicht   |
| Ja | Nein | Muskelkrämpfe                                   |
| Ja | Nein | Weichteilrheumatismus                           |
| Ja | Nein | Osteoporose                                     |
| Ja | Nein | Arthrose  |
| Ja | Nein | Sonstiges .....                                 |

Folgende Gelenke sind betroffen:

.....

**7b. Allgemeines:**

- |    |      |                                     |
|----|------|-------------------------------------|
| Ja | Nein | Kopfschmerz                         |
| Ja | Nein | Migräne .....                       |
| Ja | Nein | Schwindel .....                     |
| Ja | Nein | Schlaflosigkeit / Schlafstörungen   |
| Ja | Nein | Abgeschlagenheit / Depression       |
| Ja | Nein | Müdigkeit                           |
| Ja | Nein | Allergien / wenn ja, welche ? ..... |
| Ja | Nein | Erbkrankheiten                      |
| Ja | Nein | Sonstiges .....                     |

Für Patientinnen: Anzahl der Schwangerschaften ..... Anzahl der Geburten .....

**7c. Vergangene OPs:**

- |    |      |                               |
|----|------|-------------------------------|
| Ja | Nein | Wirbelsäule                   |
| Ja | Nein | Kopf- / Halsbereich           |
| Ja | Nein | Hüfte                         |
| Ja | Nein | Knie                          |
| Ja | Nein | Unter-/Oberschenkel           |
| Ja | Nein | Sprunggelenk / Knöchel / Füße |
| Ja | Nein | Unterleib                     |
| Ja | Nein | Sonstiges .....               |

**7d. Herz / Gefäße:**

- |    |      |   |
|----|------|---|
| Ja | Nein | Bluthochdruck                             |
| Ja | Nein | Krampfadern                               |
| Ja | Nein | Durchblutungsstörungen / Arteriosklerose  |
| Ja | Nein | Herzinfarkt / Angina pectoris (Brustenge) |

Ja            Nein            Diabetes mellitus  
Ja            Nein            Sonstiges .....

**7e. Atemwege / HNO:**

Ja            Nein            Atemnot  
Ja            Nein            Chronischer Husten  
Ja            Nein            Asthma  
Ja            Nein            Sonstige Lungenerkrankungen .....

Ja            Nein            Ohrensausen / Ohrgeräusche  
Ja            Nein            Sonstiges .....

**7f. Nieren / Harnleiter:**

Ja            Nein            Nierenentzündungen / Nierensteine  
Ja            Nein            Blasenentzündung  
Ja            Nein            Prostataveränderungen  
Ja            Nein            Sonstiges .....

**7g. Magen-/Darmtrakt:**

Ja            Nein            Verstopfungen  
Ja            Nein            Durchfall  
Ja            Nein            Darmentzündungen  
Ja            Nein            Bauchschmerzen  
Ja            Nein            Sodbrennen  
Ja            Nein            Magenschmerzen / Magengeschwüre / Gastritis  
Ja            Nein            Hämorrhoiden  
Ja            Nein            Sonstiges .....

**7h. Nervensystem:**

Ja            Nein            Erbliche Erkrankungen, und zwar .....

Ja            Nein            Schlaganfall  
Ja            Nein            Polyneuropathie  
Ja            Nein            M. Parkinson  
Ja            Nein            Sonstiges .....

**8. Welche Medikamente** nehmen Sie derzeit ein:

.....

**9. Welche Schlafposition** bevorzugen Sie ?

Rückenlage       Bauchlage       Seitenlage rechts       Seitenlage links

**10. Welche Maßnahmen** zur Diagnostik / Therapie wurden bisher durchgeführt ?

Computertomographie (CT)  
 Kernspintomographie bzw. Magnet Resonanz Tomographie (MRT)  
 Röntgen  
 Physiotherapie  
 Spritzen  
 Sonstiges .....



**11. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie:**

.....

.....

.....

**Lieber Patient,**

***je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, desto besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und in der Therapie auf Sie eingehen. Bitte füllen Sie daher den Fragebogen so gut als möglich aus und schicken mir diesen wenn möglich vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu. Gerne können Sie auch 15 Minuten vor der Behandlung in meine Praxis kommen, um ihn dort direkt auszufüllen.***

***Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.***

***Herzlichen Dank für Ihre aktive Mithilfe.***

***Ihre Monika Hofmann.***

Datum ..... Ort ..... Unterschrift .....