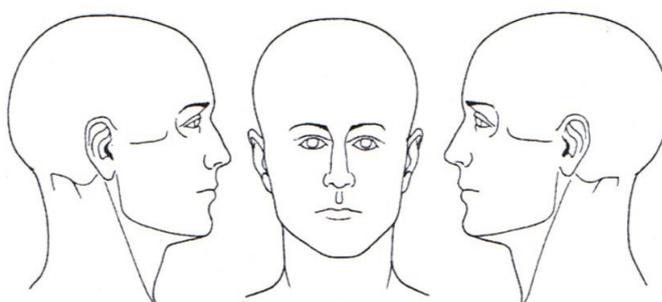
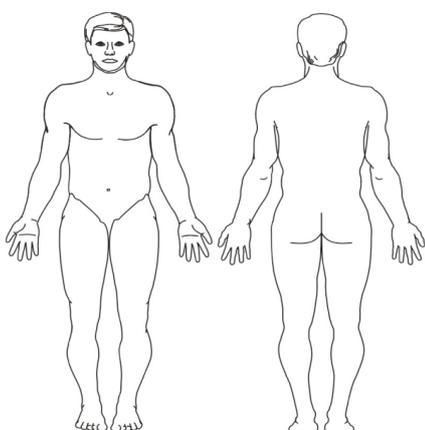


Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1) Wo haben Sie ihre **Beschwerden** (bitte einzeichnen)?



- 2) Haben Sie **Schmerzen**? ja nein
- 3) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein
- 4) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ja nein
- 5) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein
- 6) Wie äußern sich ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____
- 7) Wie lange haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____
- 8) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen): **permanent** **mit Unterbrechungen**
- 9) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ja nein
- 10) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen)?:
(kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)
- 11) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ja nein

bitte wenden!



- 12)** Sind Sie **Asthmatiker/in, Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen?
wenn ja welche? _____
- 13)** Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, etc.)? ja nein
- 14)** Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
- 15)** Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 16)** Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen**? ja nein
- 17)** Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ja nein
- 18)** Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ja nein
- 19)** Weist Ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf?
- Brennen: ja nein
- Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ja nein
- Elektrische Schläge: ja nein
- 20)** Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?
- Röntgen Computer-/ Kernspintomographie Spritze Massage Physiotherapie
- Training Anderes
- 21)** Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!
Selbstverständlich werden Ihre Daten nicht an Dritte weitergegeben.