

# ANAMNESE

Wir freuen uns, für Sie tätig werden zu dürfen. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus. Dies erleichtert uns, die Therapie auf Sie abzustimmen. Sollten Sie bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sein, sprechen Sie bitte Ihre Therapeutin darauf an. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

.....  
Vor- und Zuname | Geburtsdatum

.....  
(freiwillig) Telefon-Nr. und/oder Handy-Nummer

## AKTUELLE SITUATION

Was hat Sie zu uns geführt?  
Welche Beschwerden haben Sie?

## VORGESCHICHTE

Wurden Sie operiert? Wenn ja, welche Operationen wurden wann durchgeführt?

.....  
Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und wie haben sich diese seitdem verändert?

.....  
Was lindert die Beschwerden und wodurch werden sie verstärkt?

.....  
Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

.....  
Hatten Sie einen Unfall / Trauma? Wenn ja, wann und mit welchen Verletzungen?

## NEBENDIAGNOSEN / ZU BERÜCKSICHTIGENDE UMSTÄNDE

.....  
Haben Sie Beschwerden mit dem Herzen? (Herzschrittmacher?)  ja  nein

.....  
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?  ja  nein

.....  
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?  ja  nein

.....  
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?  ja  nein

.....  
Leiden Sie zur Zeit an einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?  ja  nein

.....  
Haben Sie einen Wunsch oder eine Anmerkung?  ja  nein