

## Aufnahmebogen

Ein zeitaufwändiges Vorgehen ist oftmals das Ausfüllen des Anamnesebogens. Der Anamnesebogen ist Bestandteil der ersten Behandlung. Um die Therapie effektiv und speziell auf Sie ausrichten zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Wir bitten Sie diesen Aufnahmebogen möglichst vollständig und evtl. ergänzend auszufüllen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
Telefonnummer (Festnetz, Mobil, Arbeit)	
Versicherung (bitte einkreisen) Privat   Gesetzlich   Beihilfe   Selbstzahler	Name der Krankenkasse
Gewicht in kg/ Größe in cm	Diagnose

### Anamnestische Angaben

<b>Arbeitsverhältnis</b> (bitte einkreisen)	Angestellter   Beamter   Selbstständig   Erwerbslos   Rentner   Hausfrau   ...
<b>Ausgeübter Beruf</b>	
<b>Tätigkeit</b> (bitte einkreisen)	Körperlich leicht   körperlich mittel   körperlich schwer
<b>Haushaltshilfe</b> (bitte einkreisen)	nicht erforderlich   erforderlich   vorhanden
<b>Dokumente</b> (bitte einkreisen)	OP-Bericht   Röntgenbild   CT   MRT   Arztbericht   Berufsgenossenschaft

#### Welche Beschwerden haben Sie?

- Schmerzen
- Muskelschwäche
- Taubheit
- Kribbeln

#### Bewegungseinschränkungen?

Welche?

---



---



---

#### Wann treten die Schmerzen auf?

- Morgens
- Mittags
- Abends
- Nachts
- Aktivitätsschmerz
- Ruheschmerz
- Dauerschmerz
- Husten- Niesen- Pressen

#### Wie ist ihr Schmerz entstanden?

langsam | plötzlich\*

\*Wie geschah es?

---



---

**Wie fühlt sich das Problem/  
die Beschwerde an?**

**Zeichnen Sie bitte den Ort Ihrer Beschwerden ein.**

- Stechend, hell
- Dumpf
- Pochend
- Ziehend
- Verbunden mit  
kribbeln
- Brennen
- Taub
- Verbunden mit  
Steifigkeit
- 



**Können Sie die Beschwerden  
beeinflussen? Was tut Ihnen  
gut und was ist schlecht?**

---



---

**Allgemeine Angaben**

- Schwangerschaft
- Raucher
- Arthrose
- Brille
- Metall im Körper
- Frakturen
- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Fibromyalgie
- Rheuma allg.
- Asthma
- Tumorkrankheit
- Gehhilfen
- Rollstuhl
- Rechtshänder
- Linkshänder

**Medikamente**

- Schmerzmedikamente
- Gichtmittel
- Psychopharmaka
- Entzündungshemmer
- Herzmedikamente
- Antiepileptika
- Neuropsychopharmaka
- Fettsenker
- Blutgerinnung

Sonstige Medikamente- Beschreibung:

weitere Informationen über:  <b>Allergien   Unfälle   Operationen   Vorerkrankungen   genetische Dispositionen</b>	was passiert/operiert, (seit)wann, wie versorgt/therapiert, welche Art von Allergie, usw.
---	--

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?** (bitte einkreisen)

Arzt	Freunde/Bekannte	Arbeitskollege	Telefonbuch	Internet	Flyer
Sonstiges:					

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!