

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

Arbeitsverhältnis (bitte einkreisen)	Angestellter Beamter Selbstständig Erwerbslos Rentner Hausfrau ...
Ausgeübter Beruf	
Tätigkeit (bitte einkreisen)	Körperlich leicht körperlich mittel körperlich schwer
Haushaltshilfe (bitte einkreisen)	nicht erforderlich erforderlich vorhanden
Dokumente (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*

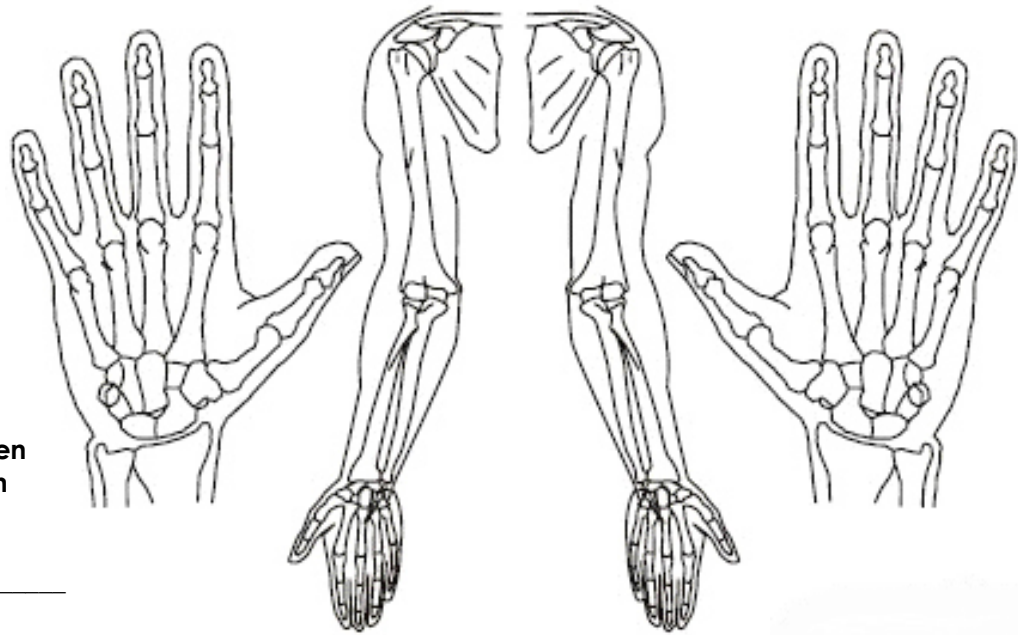
*Wie geschah es?

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

- 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?**

Zeichnen Sie bitte den Ort Ihrer Beschwerden ein.



Allgemeine Angaben

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

Medikamente

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

Sonstige Medikamente- Beschreibung:

weitere Informationen über: Allergien Unfälle Operationen Vorerkrankungen genetische Dispositionen	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!