



# Anamnesebogen zur Physiotherapie

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

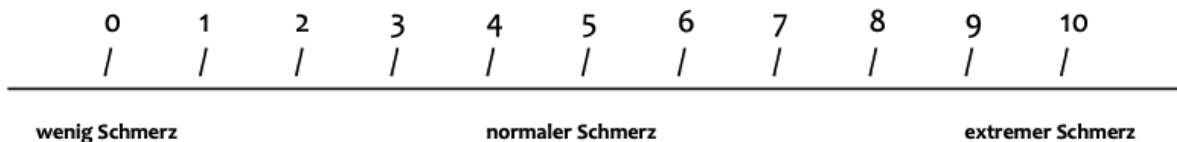
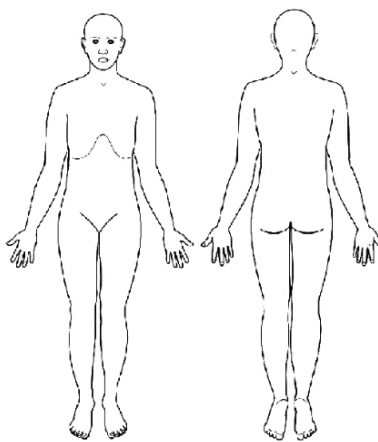
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Sport: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie in den Figuren Ihre Schmerzen bzw. Beschwerden ein



1. Sind Sie in ärztlicher / therapeutischer Behandlung?

O Ja, wegen, bei \_\_\_\_\_

O Nein

2. Hatten Sie in den letzten Jahren Operationen oder Verletzungen?

O Ja, \_\_\_\_\_

O Nein

3. Leiden Sie an einem Tumor / Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit?

O Ja, in folgendem/n Bereich/en: \_\_\_\_\_

O Nein

4. Hatten Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust (> 5% des Körpergewichts)?

O Ja O Nein

5. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?

O Ja O Nein

Bitte wenden

6. Leiden Sie an Osteoporose? O Ja O Nein
7. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten 4 Jahren um ca. 4 cm verkleinert? O Ja O Nein
8. Hatten Sie einen Knochenbruch ohne größeren Sturz? O Ja O Nein
9. Leiden Sie an Erkrankungen der Atemwege (Asthma, COPD o.ä.) O Ja O Nein
10. Leiden Sie an Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
11. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen ( TBC, HIV, Blutgerinnung )  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
12. Leiden Sie unter häufigen Infekten ( > 5 Infektionen / Jahr) O Ja O Nein
13. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? O Ja O Nein
14. Leiden Sie unter Allergien?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
15. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank? O Ja O Nein
16. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen? O Ja O Nein
17. Fühlen Sie sich psychisch belastet oder gestresst? O Ja O Nein
18. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam? O Ja O Nein
19. Nehmen Sie momentan Medikamente / Hormone / Cortison ein?  
O Ja, \_\_\_\_\_ O Nein
20. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns (im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden) mitteilen möchten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bremen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_