



# Anamnesebogen zur Physiotherapie

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

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

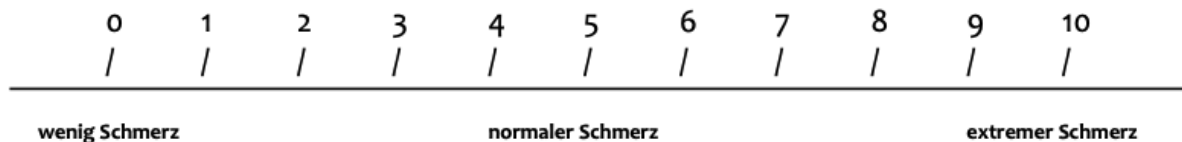
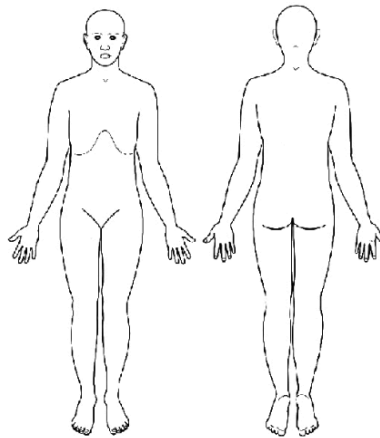
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

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

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

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