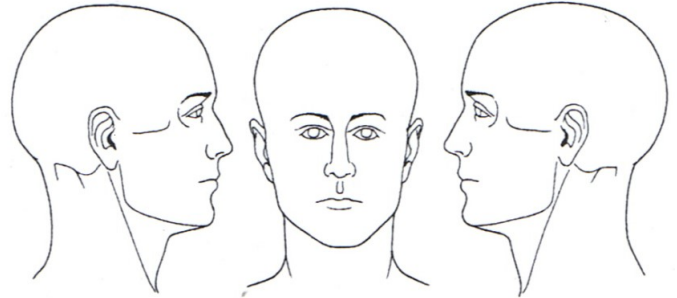
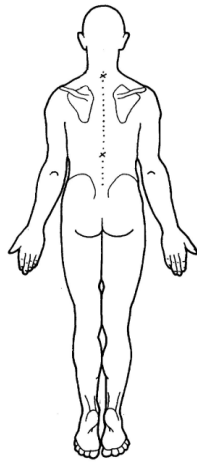
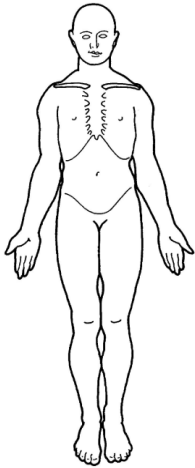


Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1) Wo haben Sie ihre **Beschwerden** (bitte einzeichnen)?



- 2) Haben Sie **Schmerzen**? ☐ ja ☐ nein
- 3) Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ☐ ja ☐ nein
- 4) Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)? ☐ ja ☐ nein
- 5) Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ☐ ja ☐ nein
- 6) Wie äußern sich ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**? _____
- 7) **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? _____
- 8) Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte ankreuzen): ☐ **permanent** ☐ **mit Unterbrechungen**
- 9) Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? ☐ ja ☐ nein
- 10) Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **was verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?
 Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen,
 Überkopfarbeit, Hand auf den Rücken nehmen, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts,
 sonstiges: _____
- 11) Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** (bitte einkreisen) und **maximal** (bitte unterstreichen)?:
 (kein Schmerz) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 (maximaler Schmerz)
- 12) Sind Ihre Beschwerden: ☐ **besser werdend** ☐ **gleich** ☐ **schlechter werdend** ☐ **variabel**
- 13) Leiden Sie unter **Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Schluckbeschwerden** oder **Doppelbildern**? ☐ ja ☐ nein

14) Sind Sie **Asthmatiker/in**, **Diabetiker/in**, haben Sie **Osteoporose** oder andere Erkrankungen?

wenn ja welche? _____

15) Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, etc.)? ☐ ja ☐ nein

16) Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ☐ ja ☐ nein

17) Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ☐ ja ☐ nein

18) Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber**, **nächtliches/extremes Schwitzen**? ☐ ja ☐ nein

19) Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ☐ ja ☐ nein

20) Haben Sie **sonstige Beschwerden**?

Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit, Krämpfe, etc.?

☐ ja ☐ nein

21) Im Verlauf der letzten 2 Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ☐ ja ☐ nein

22) Im Verlauf der letzten 2 Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ☐ ja ☐ nein

23) Wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten gesehen?

☐ überhaupt nicht ☐ wenig ☐ mäßig ☐ stark ☐ äußerst stark

24) Weist Ihr **Schmerz** einen der **folgenden Merkmale** auf?

Brennen: ☐ ja ☐ nein

Gefühl einer schmerzhaften Kälte: ☐ ja ☐ nein

Elektrische Schläge: ☐ ja ☐ nein

25) Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?

☐ Röntgen ☐ Computer-/ ☐ Kernspintomographie ☐ Spritze ☐ Massage ☐ Physiotherapie ☐ Training

☐ Anderes

26) Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!