

Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab Informationen zu Ihrer Person und Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Unbefugte weitergegeben.

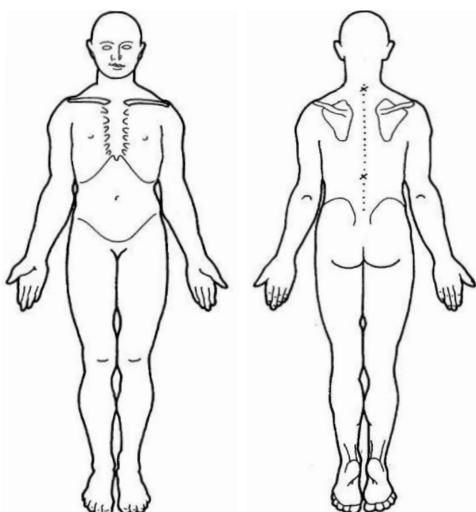
Angaben zur Person

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
Telefonnummer	e-Mail
Versicherung	gesetzlich privat Art der Versicherung
Beruf	Sport/Hobbies
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	

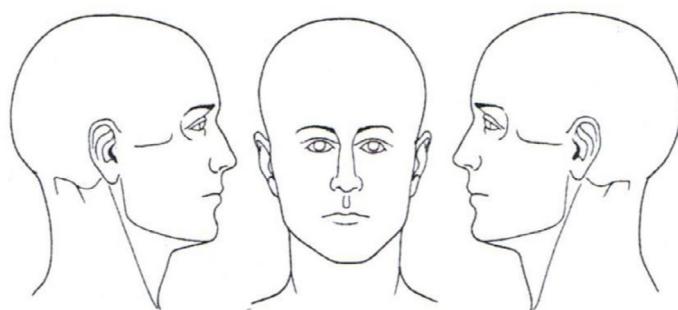
FRAGEN 1 - 9: Angaben zur Behandlung

KATEGORIE 1

- 1** Wo haben Sie Ihre Probleme/Schmerzen?



Zum Markieren der betroffenen Areale klicken Sie bitte auf die grünen Quadrate.
Ein weiterer Klick auf die gesetzte rote Markierung entfernt diese wieder.



- 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** Was sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?
- 7** Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?
- 8** Wie stark sind Ihre Beschwerden aktuell?

FRAGEN 1 - 9: Angaben zur Behandlung

Kategorie 1

- 9** Was verbessert + bzw. verschlechtert - Ihre Beschwerden?

	+ -		+ -	
Aktivität		Gehen		Hobby
Ruhe		Laufen		Sport
Liegen		Heben		Wann im Laufe des Tages verbessern bzw. verschlechtern sich Ihre Beschwerden?
Sitzen		Tragen		morgens
Aufstehen vom Sitzen		Überkopfarbeit		mittags
Bücken		Hand auf den Rücken nehmen		abends
Beugen		Greifen		nachts
Stehen		Arbeit		
sonstiges:				

FRAGEN 10 - 18: Zur Beantwortung denken Sie nur an die vergangenen zwei Wochen

Kategorie 2

- 10** Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell und maximal?

keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr starke Schmerzen
aktuell												
maximal												

- 11** Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja nein
- 12** Haben Sie sich stark durch Ihre Schmerzen gestört gefühlt? ja nein
- 13** Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja nein
- 14** Hatten Sie störendere Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja nein
- 15** Denken Sie, dass Ihr Zustand anhalten wird? ja nein
- 16** Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja nein
- 17** Haben Sie sich aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen oder depressiv gefühlt? ja nein
- 18** Denken Sie, dass es für jemanden in ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu sein? ja nein

FRAGEN 19 - 21:

Kategorie 3

- 19** Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja nein
- 20** Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf? Brennen ja nein
Gefühl einer schmerzhaften Kälte ja nein
Elektrische Schläge ja nein
- 21** Weist Ihr Schmerz eines der folgenden Merkmale auf? Kribbeln ja nein
Piksen ja nein
Taubheitsgefühl ja nein
Juckreiz ja nein

FRAGEN 22 - 31:

Kategorie 4

- 22** Haben Sie Ihre Beschwerden permanent? mit Unterbrechungen?

23	Sind Ihre Beschwerden					
	besser werdend	gleich bleibend	schlechter werdend	variabel?.		
24	Haben Sie aktuell	Ruheschmerzen	ja	nein	Nachtschmerzen	ja
25	Haben Sie aktuell Ruheschmerzen ja nein Nachtschmerzen ja nein Sind Sie AsthmatischerIn, DiabetikerIn, haben Sie Osteoporose, andere chron. Erkrankungen? ja nein					

FRAGEN 22 - 31:

Kategorie 4

- 26** Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Gangstörungen	Schwindel	Ohnmachtsanfälle	Schluckbeschwerden
Gleichgewichtsstörungen	Übelkeit	Benommenheit	Doppelbilder

- 27** Haben Sie sonstige Beschwerden wie:

Sehprobleme	Hörprobleme	Verstopfung	leichte Blutergüsse	Kräämpfe
Sprechprobleme	Inkontinenz	morgendliche Steifheit	Kurzatmigkeit	
sonstiges:				

- 28** Nehmen Sie momentan Medikamente ein? (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.) ja nein
- 29** Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja nein
- 30** Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja nein
- 31** Könnte ein Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP in Zusammenhang mit ihren Beschwerden stehen? ja nein

FRAGEN 32 - 38:

Kategorie 5

- 32** Rauchen Sie?

ja nein

- 33** Bewegen Sie sich pro Woche

- 150 Minuten bei niedriger Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja nein
- 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja nein

- 34** Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining?

ja nein

- 35** Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

ja nein

- 36** Können Sie nachts durchschlafen?

ja nein

- 37** Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

Röntgen	Computertomografie	Kernspintomografie	Injection
Massage	Physiotherapie	Medizinisches Training	Anderes

- 38** Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Termine müssen bis 24 Stunden vor Terminbeginn in der Praxis abgesagt werden. Bei verspäteter Absage wird der ausgefallene Termin in Rechnung gestellt - dies gilt auch im Krankheitsfall. Eine Absage kann jederzeit, an allen Tagen (Montag – Sonntag), vor Ort während der Öffnungszeiten, per Telefon (ggf. auf dem Anruferbeantworter), sowie schriftlich per E-Mail erfolgen. Diese Regelung gilt auch bei Online-Buchungen. Für die ausgefallene Behandlung wird ein Ersatztermin vereinbart.

Ich erkläre mich einverstanden mit

der Weitergabe meiner Daten ggf. an den behandelnden Arzt, einen praxisinternen Kollegen, an das Inkassounternehmen oder die Krankenkasse für therapierelevante Entscheidungen,
der Übermittlung sensibler Daten, wie Rezepten und Rechnungen per E-Mail,
der namentlichen Kennzeichnung meines persönliches Faches für den Schonbezug der Behandlungsliege.

Nur für gesetzlich Versicherte: Für Krankengymnastik und manuelle Therapie beträgt die Behandlungszeit in unserer Praxis 15 Minuten (der 1. Termin kostenfrei 25 Minuten).

Ich vereinbare für alle Behandlungstermine meines Rezeptes eine Zusatzzeit von jeweils 10 Minuten zu je 14,00 EUR pro Termin.

Ort, Datum	Unterschrift (bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)
------------	---

Seite 3/3