

Anamnesebogen Praxis für Physiotherapie und Osteopathie René Eichler



1. Patienten-Stammdaten und Administrative Informationen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (Privat/Mobil): _____ E-Mail: _____

Überweisender Arzt: _____

Derzeitig berufliche Tätigkeit: _____

Sitzende Tätigkeit: ca. _____ Std. pro Tag / _____ % der Arbeitszeit

Sportliche Aktivitäten: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Rauchen: Ja Nein, wenn ja, wie viel: _____

Alkohol: Ja Nein, wenn ja, wie viel: _____

2. Aktuelles Beschwerdebild und Schmerzanamnese

Hauptbeschwerden: _____

Auslöser (z.B. Sturz, Unfall, spontan): _____

Dauer der Beschwerden: _____

Schmerzintensität (VAS 0–10):

Momentan (0=kein, 10=maximal):

Maximum (0=kein, 10=maximal):

Symptomverhalten und Verlauf: Charakteristik: permanent mit Unterbrechungen

Verlauf: gleich bleibend besser werdend verschlechternd

3. Screening zu allgemeinen Symptomen (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ungewollter Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ in 6 Monaten)
- Fieber, Schüttelfrost oder nächtliches Schwitzen
- Allgemeines Unwohlsein / Krankheitsgefühl / Müdigkeit
- Häufige Infekte (≥ 5 Infektionen pro Jahr)
- starker Nachtschmerz
- Taubheit im Genital-/Gesäßbereich
- Probleme bei der Harn- oder Stuhlkontrolle (Inkontinenz)
- Schwindel, Übelkeit oder Ohnmachtsanfälle
- Sprach-, Seh- oder Hörstörungen
- Kribbeln oder Taubheit
- Kraftverlust in Armen oder Beinen

4. Screening zu Lebensstil und psychosozialen Faktoren:

Fühlen Sie sich aktuell psychisch stark belastet oder gestresst? [] Ja [] Nein

Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen oder hoffnungslos? [] Ja [] Nein

Verminderte Freude an Aktivitäten, die Ihnen sonst wichtig sind? [] Ja [] Nein

Schlaf: Regelmäßig < 7 Stunden oder nicht erholsamer Schlaf? [] Ja [] Nein

5. Medizinische Historie, Systemanamnese und Medikation

Herz-Kreislaferkrankungen: _____

Magen-Darmerkrankungen: _____

Krebserkrankungen: _____

Neurologische Erkrankungen: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Operationen/Unfälle(Was/Wann?): _____

Aktuelle Medikamente/Nahrungsergänzung/Hormone:

6. Therapieziele und Erwartungen

Spezifische Erwartung an die Behandlung: _____

Was möchten Sie wieder tun können? _____

Datenschutz

Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, werden ausschließlich zum Zweck der physiotherapeutischen

Behandlung erhoben und verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben, sofern keine gesetzliche Verpflichtung besteht. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen haben.

Terminabsage

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Absagen sind bis spätestens 24 Stunden vorher kostenfrei möglich. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen kann eine Ausfallgebühr in Höhe von [z. B. 100 % des Honorars] berechnet werden, sofern der Termin nicht neu vergeben werden kann. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie diese Regelung an.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____