

Anamnesebogen Erwachsene

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, Anzahl:

Tel. (privat): **Handy:**

Termininfo über SMS erwünscht? **JA / NEIN**

Email: _____

Termininfo über Email erwünscht? **JA / NEIN**

Name und Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

Allgemeine Angaben:

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Nichtraucher: **Raucher:**

Informationen zur Geburt:

- Spontangeburt
- Kaiserschnitt
- Zangen – oder Saugglockengeburt

Dauer der Geburt:

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

- Unfälle
- Knochenbrüche
- Kopfverletzungen
- Stürze
- Sportunfälle

Neigen Sie zu Stürzen/ Umknicken mit dem Fuß?

- Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck Gicht
 Diabetes Gefäßerkrankungen
 Allergien – wenn ja, welche?
-

- Unverträglichkeiten, wenn ja – welche?
-

Haben Sie Störungen, Erkrankungen oder Entzündungen bei folgenden Organen?

- | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehirn | <input type="checkbox"/> Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> Galle | <input type="checkbox"/> Herz |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |

Haben Sie Probleme beim

- Stuhlgang Wasserlassen

Leiden Sie häufig unter

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> nervöser Magen | <input type="checkbox"/> Blähungen |

Leiden Sie unter

- | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Gereiztheit | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Arbeitsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühlen | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Überforderung | <input type="checkbox"/> Familienprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> andere Probleme |

Fragen an Frauen:

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden?

- Nein
 - Ja, wenn ja – welche?
-

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?

- Nein
 - Ja, wenn ja – in welchem Abstand?
-

Nehmen Sie Hormone/Pille?

- Nein
 - Ja, wenn ja – bitte kurz beschreiben
-

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- nein
 - ja - wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben
-

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

- nein
 - ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?

- nein
 - ja, bitte kurz beschreiben
-

Allgemeine Fragen zum Lebensstil:



Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood
 besondere Diät, welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein
 ja - wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon mal operiert? z.B. Unfälle/ Erkrankungen Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Welche Krankheiten hatten Sie bisher? Bitte kurz beschreiben

Wann treten die Schmerzen auf?

- tagsüber
- nachts
- im Liegen
- im Ruhezustand

- bei Belastung
- beim Aufstehen
- nach dem Essen

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)
Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- Schwellungen
- Taubheitsgefühl
- Kribbeln
- Hautrötungen
- Blässe
- Seh – oder Hörstörungen
- Sonstiges – bitte kurz beschreiben

- Schweißbildung
- Schwindel
- Berührungsempfindlichkeit
- Muskelschwäche
- Bewegungseinschränkungen
- Koordinationsstörungen

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? - Bitte kurz beschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Auf eine gute Zusammenarbeit

**Ihre Therapeutin
Bettina Haas**