

# Ihr Gesundheitsbogen (Anamesebogen)

Vor-/Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

- Berufliche Beanspruchung:**  vorwiegend sitzend  vorwiegend stehend  
 wechselnde Belastungen  
 Sonstige Angaben:

## Persönliche Fitness

Wie beurteilen Sie Ihre **persönliche Fitness**?

- sehr gut  gut  mittel  schlecht

Was ist aktuell Ihre durchschnittliche **körperliche Aktivität**? (30+ Minuten mit deutlicher Pulserhöhung)

- täglich  2-4 x wöchentlich  wöchentlich  gelegentlich

## Aktuelles Beschwerdebild

**Wo** haben Sie Ihre **Hauptbeschwerden** für die Sie aktuell Physiotherapie verordnet bekommen haben?

- Kopf/Kiefer  Schulter/Nacken  Schulter  Ellenbogen  
 Handgelenk(e)  Hüftgelenk(e)  Kniegelenk(e)  Fußgelenk(e)  
 Wirbelsäule →  obere  mittlere  untere  Kreuzbein (ISG)  Becken  
 sonstiges:

Haben Sie Ihre **Beschwerden**:  permanent  mit Unterbrechungen

Ist Ihre **Beweglichkeit** dadurch verändert (Ausweichbewegungen, Humpeln, etc.)  Ja  Nein

Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, Nadeln)?  Ja  Nein

Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?  Ja  Nein

Was sind Ihre **Hauptbeschwerden im Alltag**?

**Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?

Gab es einen **Auslöser für Ihre Beschwerden** (Sturz, Unfall, OP, außergewöhnliche Belastung)?



## Schmerzen

Haben Sie **Schmerzen**?  Ja  Nein  Tagesformabhängig

**Art der Belastung, die Schmerzen auslöst:**

Haben Sie **Ruhschmerzen**?  Nein  Ja, wenn ja wie hoch auf einer Skala von 1-10  
(kein Schmerz) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (max. Schmerz)

Haben Sie **Belastungsschmerzen**?  Nein  Ja, wenn ja wie hoch auf einer Skala von 1-10  
(kein Schmerz) **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (max. Schmerz)

Nehmen Sie im Moment **Schmerzmittel**?  Nein

Ja, und zwar:

## Bisherige Therapien

Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt:

Röntgen  CT  MRT  Spritzen

Haben Sie bereits therapeutische Maßnahmen aufgrund des Beschwerdebildes in Anspruch genommen?

Nein

Ja, und zwar :  Ergotherapie  Physiotherapie  Reha-Sport

sonstiges

Haben Sie von ärztlicher Seite **Belastungs- oder Bewegungsgrenzen** empfohlen bekommen, die beachten werden müssen? (z.B. Sportarten, Aktivitäten, Bewegungen)  Nein

Ja, und zwar:

## Nebenerkrankungen

Medikamentenpflichtiger **erhöhter Blutdruck**  Ja  Nein

Medikamentenpflichtiger **Diabetes Mellitus**  Ja  Nein

Behandlungspflichtige **Herzerkrankungen**  Ja  Nein

Nehmen Sie **Blutgerinnungshemmer**?  Ja  Nein

Leiden Sie an einer **aktuellen Krebserkrankung**?  Ja  Nein

Sind Sie **Asthmatiker** oder haben Sie **Osteoporose**?  Ja  Nein

**Anfallsleiden** (z.B. Epilepsie)  Ja  Nein

**Infektionserkrankungen** (z.B. Hepatitis, HIV etc.)  Ja  Nein

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

