

A N A N M N E S E B O G E N

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Krankenkasse: Beihilfe: Ja/Nein

Beruf:

Sport/ Hobbies:

Hausarzt:

Empfehlung durch:

Akute Beschwerden:

.....
.....

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann äußern sie sich?

.....

Beschreiben Sie die Art und Weise ihrer Schmerzen
(z.B. bohrend, stechend, reißend, klopfend, einschließend,...)

.....

Was hat Einfluß auf Ihre Beschwerden (z.B. Wärme, Kälte, best. Haltung oder Bewegung,...)

Positiv (d.h. Schmerz nimmt dadurch ab)

Negativ (d.h. Schmerz nimmt zu)

Schmerzskala:

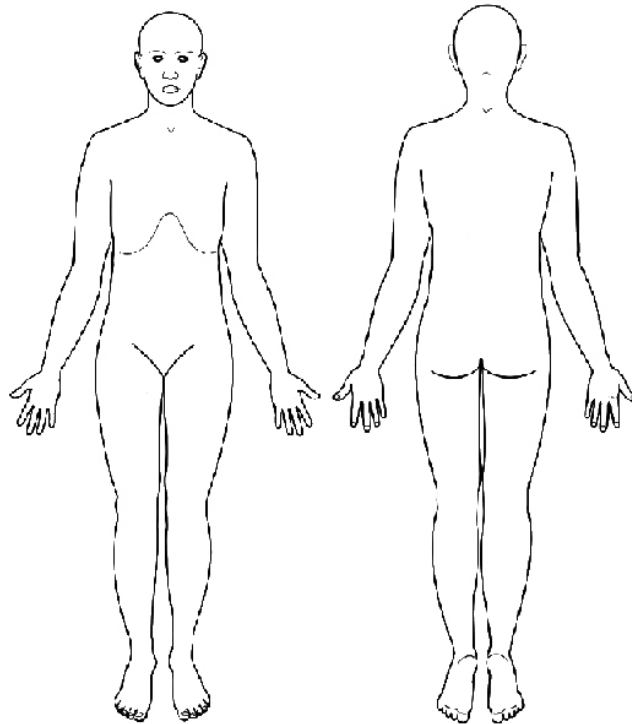
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

wenig Schmerz

normaler Schmerz

extremer Schmerz

Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre Schmerzen bzw. Beschwerden ein:



Welche anderen Erkrankungen gibt es bei Ihnen:

Allgemeines:

- | | | |
|------------------------|------|---------------------------------|
| Ja | Nein | Kopfschmerz |
| Ja | Nein | Schlaflosigkeit/Schlafstörungen |
| Ja | Nein | Schwindel |
| Ja | Nein | Müdigkeit |
| Ja | Nein | Allergien |
| Wenn ja, welche: | | |

Muskeln/ Gelenke:

- | | | |
|----|------|--|
| Ja | Nein | chronische Gelenkschmerzen/ Rheuma / Arthritis |
| Ja | Nein | Gicht |
| Ja | Nein | Muskelkrämpfe |
| Ja | Nein | Weichteilrheumatismus |
| Ja | Nein | Osteoporose |
| Ja | Nein | Arthrose |

Welche Gelenke sind betroffen:

.....

.....

.....

.....

.....

Weitere bekannte Erkrankungen:

.....

Herz / Gefäße:

Ja	Nein	Bluthochdruck
Ja	Nein	Krampfadern
Ja	Nein	Durchblutungsstörungen / Arteriosklerose
Ja	Nein	Herzinfarkt / Angina pectoris
Ja	Nein	Diabetes mellitus

Weitere bekannte Erkrankungen:

.....

Atemwege / HNO:

Ja	Nein	Atemnot
Ja	Nein	chronischer Husten
Ja	Nein	Asthma
Ja	Nein	Ohrensausen/ Ohrgeräusche

Weitere bekannte Erkrankungen:

.....

Nieren / Harnleiter :

Ja	Nein	Nierenentzündungen/ Nierensteine
Ja	Nein	Blasenentzündung
Ja	Nein	Prostataveränderungen

Weitere bekannte Erkrankungen:

.....

Magen-/Darmtrakt:

Ja	Nein	Verstopfungen
Ja	Nein	Durchfall
Ja	Nein	Darmentzündungen
Ja	Nein	Bauchschmerzen
Ja	Nein	Sodbrennen
Ja	Nein	Magenschmerzen / -geschwüre

Weitere bekannte Erkrankungen:

.....

Nervensystem:

Ja	Nein	erbliche Erkrankungen
		Wenn ja welche:
Ja	Nein	Schlaganfall
Ja	Nein	Polyneuropathie
Ja	Nein	M. Parkinson

Weitere bekannte Erkrankungen:

.....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein:

Aktuelle Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....