



Anamnesebogen für Erwachsene

NAME/VORNAME

GEBURTSDATUM

BERUF

SPORT/HOBBY

DATUM

Haben Sie Schmerzen?

- JA
 NEIN

Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

- JA
 NEIN

Ist Ihre Sensibilität verändert?

*(Brennen, Kribbeln, Taubheit,
Überempfindlichkeit, Nadelstiche)*

- JA
 NEIN

Ist Ihre Kraft verändert?

(Kraftlosigkeit, Lähmung)

- JA
 NEIN

Nennen Sie Ihre Hauptbeschwerden im Alltag:

Sind Ihre Beschwerden tageszeit-
abhängig?

- JA
 NEIN

→ Wenn ja, beschreiben Sie kurz:





Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden bereits?

Bestehen Ihre Beschwerden PERMANENT
 MIT UNTERBRECHUNGEN

Können Sie den Auslöser Ihrer Beschwerden benennen?
(Sturz, Unfall, etc.) JA
 NEIN

→ Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

Was verbessert Ihre Beschwerden?

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|--|
| <input type="radio"/> AKTIVITÄT | <input type="radio"/> RUHE | <input type="radio"/> LIEGEN | <input type="radio"/> SITZEN | <input type="radio"/> HEBEN |
| <input type="radio"/> BÜCKEN | <input type="radio"/> BEUGEN | <input type="radio"/> STEHEN | <input type="radio"/> GEHEN | <input type="radio"/> LAUFEN |
| <input type="radio"/> TRAGEN | <input type="radio"/> GREIFEN | <input type="radio"/> ARBEIT | <input type="radio"/> HOBBY | <input type="radio"/> SPORT |
| <input type="radio"/> ÜBERKOPFARBEIT | | <input type="radio"/> HAND AUF DEN RÜCKEN | | <input type="radio"/> AUFSTEHEN VOM SITZEN |

SONSTIGES

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

- | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---|------------------------------|--|
| <input type="radio"/> AKTIVITÄT | <input type="radio"/> RUHE | <input type="radio"/> LIEGEN | <input type="radio"/> SITZEN | <input type="radio"/> HEBEN |
| <input type="radio"/> BÜCKEN | <input type="radio"/> BEUGEN | <input type="radio"/> STEHEN | <input type="radio"/> GEHEN | <input type="radio"/> LAUFEN |
| <input type="radio"/> TRAGEN | <input type="radio"/> GREIFEN | <input type="radio"/> ARBEIT | <input type="radio"/> HOBBY | <input type="radio"/> SPORT |
| <input type="radio"/> ÜBERKOPFARBEIT | | <input type="radio"/> HAND AUF DEN RÜCKEN | | <input type="radio"/> AUFSTEHEN VOM SITZEN |

SONSTIGES





Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KEIN SCHMERZ

MAXIMALER SCHMERZ

Strahlen die Schmerzen aus?

- JA
 NEIN

→ Wenn ja, wohin?

Wie verhalten sich Ihre Beschwerden in Bezug auf die Intensität?

- SIE WERDEN BESSER
 SIE BLEIBEN GLEICH
 SIE WERDEN SCHLECHTER

Leiden sie außerdem unter?

- SCHWINDEL ÜBELKEIT BENOMMENHEIT SCHLUCKBESCHWERDEN
 DOPPELBILDERN OHNMACHTSANFÄLLEN GANG-, ODER GLEICHGEWICHTSSTÖRUNGEN

Haben Sie Erkrankungen wie Asthma, Diabetes oder Osteoporose?

- JA
 NEIN

→ Wenn ja, welche?

Nehmen Sie momentan/regelmäßig Medikamente ein?
(z. B. Kortison, Blutverdünner, Betablocker)

- JA
 NEIN

→ Wenn ja, welche?





Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? JA NEIN

Hatten Sie in der letzten Woche Fieber, nächtliches/extremes Schwitzen? JA NEIN

Haben Sie Kopfschmerzen? JA NEIN

→ Wenn ja, wie häufig?

Haben Sie nachts Schmerzen? JA NEIN

Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? JA NEIN

Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/oder Operationen? JA NEIN

→ Wenn ja, bitte erläutern Sie kurz:

Haben Sie sonstige Beschwerden? JA NEIN
(z. B. Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche Steifheit, Neigung zu Blutergüssen, Kurzatmigkeit, Krämpfe)

→ Wenn ja, welche?

Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?

- AKTIVITÄT RÖNTGEN SPRITZEN MASSAGEN PHYSIOTHERAPIE
 TRAINING COMPUTER-/KERNSPINTOMOGRAPHIE

SONSTIGES

