



# Anamnesebogen

zur physiotherapeutischen Behandlung

Liebe Patienten,  
dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Dies ist die Grundlage für die genauere physiotherapeutischen Untersuchung und Behandlung.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

1.1. Welche/n Beruf/e üben Sie aus: \_\_\_\_\_

1.2. Wie viel Zeit verbringen Sie hierbei im Sitzen? ca. \_\_\_\_\_ Stunden/Prozent (Nichtzutreffendes streichen)

1.3. Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen?  Ja, ca. \_\_\_\_\_ kg  Nein

1.4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie? \_\_\_\_\_

1.5. Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? \_\_\_\_\_

1.6. Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)?

Ja, folgende (ggf. Extrablatt): \_\_\_\_\_  Nein

1.7. Sind Sie in ärztlicher/therapeutischer Behandlung?

Ja, wegen und bei \_\_\_\_\_  Nein

2.1. Leiden Sie an Osteoporose?  Ja  Nein

2.2. Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert?  Ja  Nein

2.3. Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz?  Ja  Nein

2.4. Rauchen Sie \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag?  Ja  Nein

2.5. Trinken Sie regelmäßig/täglich, über 12 Gramm/0,3 Liter Bier als Frau bzw. 24 Gramm/0,6 Liter Bier als Mann, Alkohol?  Ja  Nein

2.6. Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen?  Ja  Nein

2.7. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?  Ja  Nein

3.1. Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke?  Ja  Nein

3.2. Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt?  Ja  Nein

3.3. Haben Sie Schmerzen, die am frühen Morgen (ca. 3- 4 Uhr) noch vor dem Aufstehen massiv auftreten und den Schlaf stören?  Ja  Nein

3.4. Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden?  Ja  Nein

- 4.1. Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten/Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten?  Ja  Nein
- 4.2. Haben Sie Probleme beim  Husten  Niesen  Pressen  Einatmen?  Nein
- 4.3. Leiden Sie an  Kopfschmerzen  Schwindel  Übelkeit  Sprachproblemen  Schluckproblemen?
- 4.4. Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen? Ja  Nein
- 5.1. Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?  
 Ja, in folgendem/n Bereich/en: \_\_\_\_\_  Nein
- 5.2. Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ( $\geq 5\%$  des Körpergewicht in 6 Monaten) festgestellt?  Ja  Nein
- 5.3. Leiden Sie unter häufigen Infekten ( $\geq 5$  Infektionen/Jahr)?  Ja  Nein
- 5.4. Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank?  Ja  Nein
- 5.5. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen?  Ja  Nein
- 6.1. Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst?  Ja  Nein
- 6.2. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?  Ja  Nein
- 6.3. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?  Ja  Nein
- 6.4. Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam?  Ja  Nein
- 7.1. Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperliche Anstrengung Brustschmerzen?  Ja  Nein
- 7.2. Kennen Sie einen möglichen Grund, warum Sie Ihrer Meinung nach keine körperliche Anstrengungen ausüben können?  
 Ja, weil \_\_\_\_\_  Nein
- 7.3. Leiden Sie an Diabetes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?  Ja  Nein
- 8.1. Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blut-gerinnungsstörungen, Bluthochdruck, etc.)?  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein
- 8.2. Nehmen Sie momentan Medikamente/Hormone ein?  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein  
 \_\_\_\_\_
- 8.3. Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten? (z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)  
 Ja, und zwar \_\_\_\_\_  Nein  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vielen Dank!