

ANAMNESEBOGEN

Datum _____

Um mir ein umfassenderes Bild Ihrer Erkrankung machen zu können, möchte ich Sie bitten, diesen Anamnesebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ich weise darauf hin, dass die Angaben absolut freiwillig sind. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank.

Name _____

Aktuelles Körpergewicht _____ kg

Vorname _____

Körpergröße _____ cm

Geb. _____

Aktuelle Arbeitssituation

- Schüler/Student Berufstätig Rentner
 Hausfrau/-mann Arbeitssuchend

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus/haben Sie ausgeübt?

Vorwiegend:

- sitzend? stehend? wechselnd?

Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Was war der Auslöser dieser Beschwerden?

Wodurch werden Ihre Beschwerden gelindert?

- Ablenkung Wärme Liegen
 Entspannung Lagewechsel Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen
 Positives Denken Änderung der Haltung Andere Gegebenheiten
 Kälte Leichte Bewegung

Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?

- Gehen Stehen Stress/Ärger/Angst
 Liegen Ruhe Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen
 Sitzen Husten Andere Gegebenheiten
 Andere Körperposition Leichte Berührung Wetterwechsel

Wie stark ist der Schmerz? 0 = KEIN Schmerz, 10 = EXTREMER Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie ist das Schmerzempfinden?

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> klopfend | <input type="checkbox"/> kolikartig |
| <input type="checkbox"/> bohrend | <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> krampfend |
| <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> krabbelnd | <input type="checkbox"/> dumpf |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> reißend | <input type="checkbox"/> beengend |

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> mehrmals am Tag | <input type="checkbox"/> selten |

Wann haben Sie die Schmerzen?

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> am Tag | <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> in Ruhe |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> bei Belastung |

Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit | <input type="checkbox"/> Nächtliches Knirschen |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> „Ameisenlaufen“ | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit | | <input type="checkbox"/> Seh- oder Hörstörungen |

Schmerzlokalisierung

Bitte zeigen Sie, wo Sie im Körper überall Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie DAS GANZE Schmerzgebiet durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber oder durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern.

