



Katrin Saathoff

PHYSIOTHERAPIE & OSTEOPATHIE

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Sie optimal zu behandeln, benötige ich einige Informationen zu Ihrer Person.
Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht
und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon/Handy

Allgemeine Fragen

Waren Sie regelmäßig in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja:

Hausarzt ☐ Zahnarzt ☐ Internist ☐ Orthopäde ☐ Psychologe/Psychotherapeut ☐ Osteopath ☐

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Schlaganfall ☐	Zuckerkrankheit/Diabetes ☐	Augenerkrankungen ☐
Fettstoffwechselstörungen ☐	Tumorerkrankungen ☐	Lebererkrankungen ☐
Chronische Infektionskrankheiten ☐ (z. B. HIV, Hepatitis)	Blutungsstörungen ☐ (z. B. Vitamin K Mangel)	
Psychische Erkrankungen ☐ (z. B. Depression)	Krampfleiden ☐ (z. B. Epilepsie)	Unfälle ☐ (z. B. Schleudertrauma, umgeknickt)
Neurologische Erkrankungen ☐ (z. B. MS, Parkinson)	Hauterkrankungen ☐ (z. B. Schuppenflechte, Neurodermitis)	Rheuma ☐
Allergien ☐ (z. B. Tiere, Medikamente, Creme)	Krebskrankungen ☐	

Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, welche?

Fragen im Detail

Beschwerden in den Bronchien und der Lunge

Nein ☐ Ja ☐

Häufige Bronchitis ☐ Lungenentzündung ☐ Asthma ☐ Allergische Atembeschwerden ☐ Atemnot ☐

Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich

Nein ☐ Ja ☐

Bluthochdruck ☐ Zu niedriger Blutdruck ☐ Beklemmungen ☐ Spürbare Herzschläge ☐ Herzinfarkt ☐

OP ☐ Krampfadern ☐ Gestaute Beine ☐ Thrombosen ☐ Embolien ☐ Durchblutungsstörungen ☐

Beschwerden im Verdauungsapparat

Nein ☐ Ja ☐

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Blut im Stuhl ☐

Sodbrennen ☐ Nahrungsmittelallergie ☐ Nahrungsmittelunverträglichkeit ☐

Beschwerden im urologischen Bereich

Regelmäßige Blasenentzündungen ☐ Nierensteine ☐ Reizblase ☐ Prostatabeschwerden ☐

Ständiger Harndrang ☐ Ungewollter Harnabgang ☐ Probleme beim Wasserlassen ☐

Beschwerden im gynäkologischen Bereich

Schmerzen vor, während der Regel ☐ Schmerzen während des Eisprungs ☐ OP's ☐

Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft? Nein ☐ Ja ☐

Haben/Hatten Sie Probleme schwanger zu werden? Nein ☐ Ja ☐

Wie viele Geburten hatten Sie? _____ Hatten Sie Fehlgeburten? Nein ☐ Ja ☐

Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen. Leiden Sie unter

Schlafproblemen ☐ Müdigkeit ☐ Ruhelosigkeit ☐ Schwitzen in der Nacht ☐

Ungewolltem Gewichtsverlust ☐ Immer wieder leicht erhöhter Temperatur ☐

Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten ☐

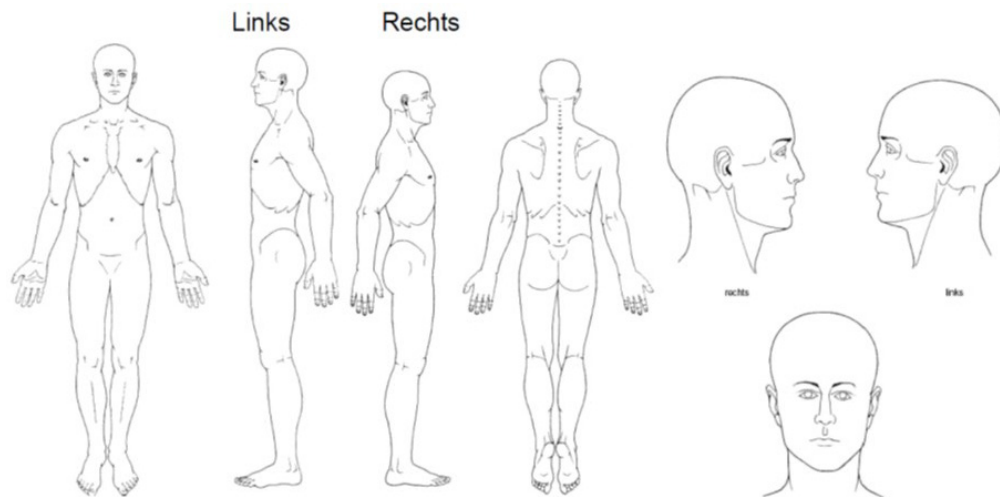
Wurden Sie bereits operiert? Bitte Operation und Zeitangabe

Nein ☐ Ja ☐

Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie zu mir geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es einen Auslöser?

Schmerzverlauf - Mein Schmerz...

Hat seit dem ersten Auftreten zugenommen ☐ hat abgenommen ☐
ist gleich geblieben ☐ ist konstant ☐ ist nur zeitweise spürbar ☐
momentan nicht vorhanden, ich weiß aber, dass er immer wieder auftreten kann ☐

Wie fühlt sich der Schmerz an?

Stechend ☐ Dumpf ☐ Pochend ☐ Krampfend ☐ Ziehend ☐ Brennend ☐ mit Kribbeln ☐

Wo auf einer Skala, die von 0 für völlige Schmerzfreiheit bis 10 für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

Kein Schmerz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Stärkste vorstellbare Schmerzen
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

Schlechter bei:

Bei Bewegung ☐ Im Stehen ☐ Im Liegen ☐ Im Sitzen ☐ In der Nacht ☐

Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser ☐ Bei Ärger/Stress ☐

Besser bei:

Bei Bewegung ☐ Im Stehen ☐ Im Liegen ☐ Im Sitzen ☐ In der Nacht ☐

Am Morgen ☐ Bei Ablenkung _____

Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z. B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Koordinationsstörungen)

Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche

Nein ☐ Ja ☐

Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur, ...)?

Nein ☐ Ja ☐

Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z. B. Stress, Konflikte, Trauer)?

Nein ☐ Ja ☐

Was wollen Sie erreichen (Behandlungsziel)?

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Unterschrift des/der Patient/-in oder des gesetzlichen Vertreters