



ANAMNESEBOGEN

Ihre Angaben behandeln wir streng vertraulich gemäß DSGVO.

1 PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

E-Mail: _____

Beruf / letzte Tätigkeit: _____

Sport / Hobbys: _____

Ärztliche Diagnose / Verordnung: _____

2 AKTUELLE BESCHWERDEN

Was führt Sie zu uns? Welche Beschwerden haben Sie?

Wo haben Sie Schmerzen? Bitte beschreiben Sie die Lokalisation.

Art des Schmerzes (bitte ankreuzen):

ziehend stechend brennend dumpf pochend

Wann treten die Schmerzen / Beschwerden auf?

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Wie stark sind Ihre Schmerzen? (bitte ankreuzen)

keine

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

 stark



3 ALLTAG & WEITERE BESCHWERDEN

Welches sind Ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

Haben Sie Probleme in anderen Körperregionen?

4 GESUNDHEIT & VORERKRANKUNGEN

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Bestehen weitere Erkrankungen?

Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Häufiges Husten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kurzatmigkei	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Luftnot	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schwindel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magenprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nächtliches Schwitzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ungewollter Gewichtsverlust	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Tinnitus: ja nein links rechts

Krebserkrankungen / Tumore: ja nein welche? _____

Allergien / Unverträglichkeiten: ja nein welche? _____

Sonstige Erkrankungen / Anmerkungen:



5 IHRE ZIELE & ERWARTUNGEN

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie? Welche Ziele möchten Sie erreichen?

Welche Aktivitäten möchten Sie wieder schmerzfrei ausüben können?

BEFUNDUNG · ERGÄNZUNGEN DURCH DEN/DIE THERAPEUT:IN

Beweglichkeit / Kraft / Sensibilität:

Anamnese / Geschichte:

MRT / Röntgen / Bildgebung:

Behandlungsplan:



6 EINWILLIGUNG & DATENSCHUTZ

Ich wurde von meinem/meiner Therapeut:in über Notwendigkeit, Eignung, Durchführung, Therapieziele, mögliche Risiken und Umfang der durchzuführenden Therapie aufgeklärt. Diese Aufklärung ist durch das Patientenrechtegesetz vom 20.02.2013 vorgeschrieben. Als Patient:in erkenne ich diese Regelung an und willige in die durchzuführende Behandlung ein.

Ich willige ein, dass meine im Rahmen der Behandlung erhobenen Gesundheitsdaten zum Zweck der Therapie, Dokumentation und Abrechnung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO verarbeitet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine gesonderte Datenschutzinformation gemäß Art. 13 DSGVO habe ich erhalten.

- Ich willige in die Behandlung und Datenverarbeitung wie oben beschrieben ein.
- Ich bin damit einverstanden, zur Terminkoordination per E-Mail / Telefon kontaktiert zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Vielen Dank für Ihr Vertrauen.
Wir freuen uns darauf, Sie auf Ihrem Weg zu begleiten.