

# Anamnesefragebogen



## Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

der vorliegende Fragebogen dient als Ergänzung zum Erstgespräch mit Ihrem/Ihrer Therapeut/in. Er gibt erste Hinweise darauf, ob Ihre Beschwerden physiotherapeutisch sinnvoll zu beeinflussen sind oder ob, begleitend oder vorab, eine genauere medizinische Abklärung notwendig erscheint.

Hierfür werden sowohl Informationen zu Ihrem Gesundheitsproblem als auch zu Ihrer allgemeinen Gesundheit benötigt.

Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten.  
Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.  
Offene Fragen werden in der Therapie besprochen!

### **Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 StGB.**

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihre Termine bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls müssen wir Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen.

Außerdem möchten wir Sie auf die Rezeptgebühr für Ihr Krankengymnastik Rezept hinweisen, denn diese ist bereits bis zur Hälfte des Rezepts in Bar oder per EC-Karte an der Rezeption zu begleichen.  
Sollten Sie einen Befreiungsausweis besitzen, müssen Sie uns diesen vorweisen.  
Wir erstellen eine Kopie für unsere Unterlagen!

### **Physiotherapie im Theresientor**

Stadtgraben 1  
94315 Straubing

09421/10505

[www.physiotherapie-im-theresientor.de](http://www.physiotherapie-im-theresientor.de)  
[team@physiotherapie-im-theresientor.de](mailto:team@physiotherapie-im-theresientor.de)

# Anamnesefragebogen

## Allgemeiner Gesundheitszustand

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf/ Firma: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

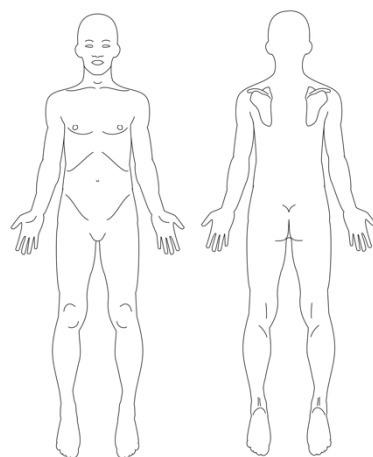
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie grob Ort und  
Ausbreitung der Beschwerden ein und  
beschreiben Sie diese kurz:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Ja    Nein

       Treffen folgende Symptome auf Sie  
zu?

- Kribbeln
- Taubheitsgefühle
- Lähmungserscheinungen
- Spastik

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

---

Sind Ihre Beschwerden abhängig von Bewegung und/oder Haltung?

Gibt es eine Bewegung, die Sie gar nicht mehr ausführen können, z.B. stützen, stehen, gehen, aufrichten? Welche?

---

Leiden Sie unter Sehstörungen, Sprechstörungen oder Schluckbeschwerden?

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

- Schwindel
- Übelkeit
- Erbrechen
- Kopfschmerzen
- Schlafprobleme

Haben Sie Gleichgewichtsprobleme, Gangstörungen oder stürzen Sie manchmal?

Wurden bei Ihnen Herzprobleme festgestellt?

Haben Sie in Phasen körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?

Sind Sie generell weniger leistungsfähig oder kommen schnell außer Atem?

Sind bei Ihnen nachfolgende Erkrankungen bekannt:

- Diabetes
- Osteoporose
- Herzerkrankung
- Blutgerinnungsstörungen
- Krebs
- Arteriosklerose
- Hepatitis
- Neurologische Erkrankungen
- HIV / AIDS
- Störung der Schilddrüse
- Asthma
- COPD

Anmerkung:

---

Nehmen Sie Medikamente oder Hormone?

- Blutverdünner
- Schilddrüse
- Insulin
- Cortison
- Herzmedikamente
- Neurologische Medikamente
- Vitamin D
- \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?

Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja, wann und wo?

---

---

---

---

Konsumieren Sie Alkohol, Tabak oder Koffein? Sonstiges?

Bemerken Sie Veränderungen wie z.B. Gedächtnisprobleme, Konzentrationsstörungen, erhöhte Müdigkeit, erhöhte Reizbarkeit an sich selbst?

Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden mitteilen möchten?

---

---

---

---

Wenn Sie alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben, bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift!

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

Physiotherapie im Theresientor  
Stadtgraben 1  
94315 Straubing