

Anamnesebogen und Kenntnisnahme

Sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis für Physiotherapie. Für einen optimalen Behandlungsverlauf benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren aktuellen Beschwerden. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Ggf. gesetzlicher Vertreter/ Elternteil: _____

Falls abweichend, Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Versicherung: gesetzlich: privat: Beihilfe: Geburtsdatum: _____

Beruf/ Art der Tätigkeit: _____

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

Sport: _____

Häufigkeit pro Woche: _____

Bitte haben Sie Verständnis, dass eine Terminabsage an einem Werktag mindestens 24 Stunden vor Ihrem Termin erfolgen muss. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen in Höhe der Behandlungskosten privat in Rechnung stellen.

Für Privatpatienten:

Bitte informieren Sie sich vor Behandlungsbeginn bei Ihrer Krankenkasse, ob und welche Kosten diese übernimmt. Der Behandlungsvertrag erfolgt grundsätzlich nur zwischen Ihnen und der physiotherapeutischen Praxis Schork, daher liegt die Zahlungspflicht für die Behandlung bei Ihnen, auch wenn Ihre Krankenkasse keine oder nur anteilige Kosten übernimmt.

Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift mit allen vorangegangenen Punkten einverstanden.

Datum, Unterschrift: _____

Allgemeines: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Allgemeines Unwohlsein? Akute Infekt?

Bewegungsunabhängiger Schmerz? Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

Ungewollter Gewichtsverlust? Zeitraum: _____

Starke Gewichtszunahme? Zeitraum: _____

Allergien: Nein ja, welche? _____

Vorerkrankungen: _____

Leiden Sie an Infektionserkrankungen (wie z.B. Hepatitis, HIV, etc.)?

Nein Ja, welche: _____

Sonstige Vorerkrankungen: _____

Operationen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____

Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen, bzw. Bewegungen/ Sportarten/ Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?

Nein Ja, welche: _____

2. Beschwerden:

Was sind Ihre Hauptbeschwerden: _____

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? **Nein** **Unfall/ Sturz** **Operation**

Haben Sie Schmerzen: Nein Ja

Seit wann haben Sie Ihre Schmerzen? _____

Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

Stechend **brennend** **dumpf** **einschießend** **ausstrahlend**

Kreuzen Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an:

(0 = keine Schmerzen; 10 = unerträgliche Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wann treten Ihre Schmerzen auf? **Zeitabhängig** **in Ruhe** **belastungsabhängig**

Ist Ihre Beweglichkeit eingeschränkt/ verändert? Nein Ja

Ist Ihre Sensibilität verändert? Nein Ja

Haben Sie einen Kraftverlust? Nein Ja

Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, verstärkt oder vermindert? (welche Bewegungen, Tätigkeiten, Wärme, Kälte, etc.)

Haben Sie sonstige Beschwerden die mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen?

Nein Ja, welche? _____

Welche Maßnahmen wurden bisher zur Diagnostik/ Therapie durchgeführt? (Bitte bringen Sie relevante Arztbriefe/ Aufnahmen zu Ihrer Behandlung mit)

Röntgen **Computertomographie (CT)** **Kernspintomographie (MRT)**

Spritzen **Physiotherapie** **Sonstiges:** _____

Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand **vollständig** und **wahrheitsgemäß** beantwortet haben. Bitte beachten Sie, dass es auf Grund von fehlenden oder falschen Angaben in der Anamnese zu schweren Gesundheitsstörungen kommen kann. Hierfür tragen Sie selbst die Verantwortung.

Datum, Unterschrift: _____