

## Aufnahmebogen Physiotherapie / Heilpraxis

### Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Versicherung  privat  Beihilfe  Selbstzahler  gesetzlich  HP-Zusatzversicherung

Beruf (bitte beschreiben Sie auch Ihre Arbeitssituation – z.B. viel sitzende Tätigkeit, schwere körperliche Arbeit, Zeitdruck, Stress, usw.)

---

---

Lebensverhältnisse (z.B. Kinder, zu pflegende Angehörige, Wohnung im dritten Stock ohne Aufzug, usw.)

---

---

Hobbys – Sport

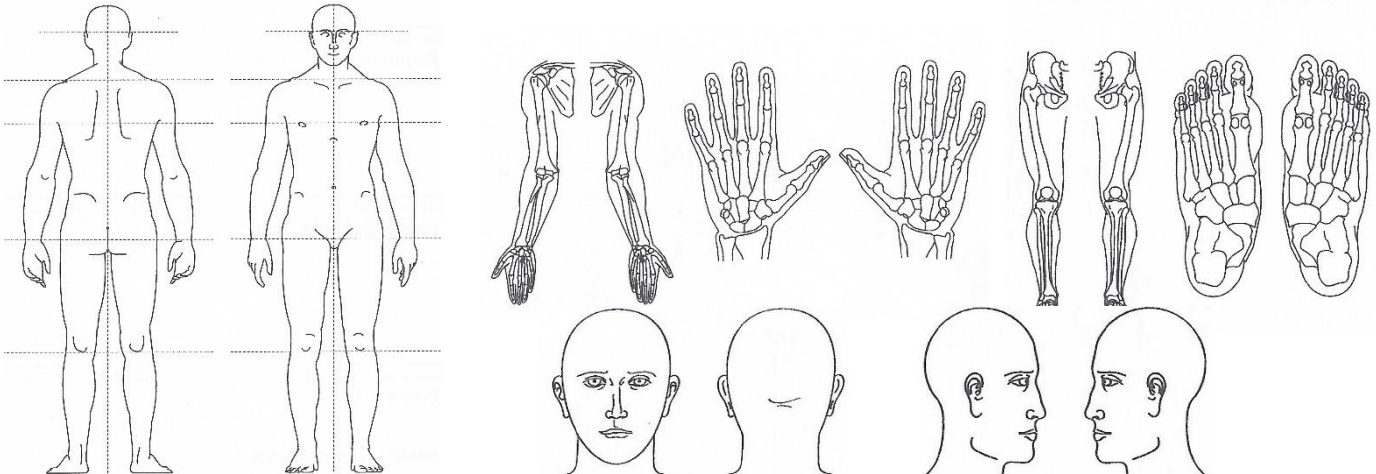
---

---

### ANAMNESE

#### Beschwerden

Bitte zeichnen Sie die Lokalisation der aktuellen Schmerzen / Beschwerden in das folgende Schema ein



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden in eigenen Worten

---

---

---

Wie lange bestehen diese schon?

---

---

Gibt es eine Ursache für die Beschwerden? (Sturz, Unfall, Verletzung, bestimmte Bewegung oder Tätigkeit, etc.)

---

---

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden / Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihren Alltag aus?

---

---

---

Gibt es weitere Beschwerden welche nicht mit den Hauptbeschwerden in Zusammenhang stehen?

---

---

Haben Sie Veränderungen in der Kraft? (Kraftlosigkeit / Lähmung)

Nein       Ja      \_\_\_\_\_

Haben Sie Veränderungen bei der Sensibilität? (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit, etc.)

Nein       Ja      \_\_\_\_\_

Haben Sie Veränderungen in der Beweglichkeit?

Nein       Ja      \_\_\_\_\_

**Schmerz**

Haben Sie Schmerzen?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie den Schmerz \_\_\_\_\_

Teilen Sie bitte spontan Ihren Schmerz auf einer Skala von 0 bis 10 ein:

Momentan

(Nichts) 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      (Schmerzmaximum)

Im schlimmsten Fall?

(Nichts) 0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      (Schmerzmaximum)

Sind die Schmerzen veränderlich?

	besser	keine Veränderung	schlechter
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastung/Streß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten / Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Schmerzmittel? (Name, Dauer, Dosierung)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Sind Sie in ärztlicher und / oder Therapeutischer Behandlung?

Nein       Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Diagnostik wurde bereits unternommen?

Röntgen  MRT  CT  Labor  EKG  EEG  Magen-/Darmspiegelung  
 \_\_\_\_\_

Welche Therapie wurde bei Ihren Beschwerden bereits angewandt und mit welchem Erfolg?

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

### Aktuelle Situation

Fühlen Sie sich unwohl oder krank?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Fieber, Schüttelfrost oder erhöhte Temperatur?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie bei körperlicher Anstrengung Brustschmerzen?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Gang- und / oder Gleichgewichtsstörungen?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Stürzen Sie manchmal?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter

Schwindel       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Übelkeit       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Erbrechen       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?       Nein       Ja \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?       Nein       Ja      wieviel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol       Nein       Gelegentlich       Ja

**Vorgeschichte**

Hatten Sie früher Operationen?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Narben am Körper?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Fremdkörper im Körper?

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? (Muskeln, Sehnen, Bänder, etc.)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden / Erkrankungen, wenn ja, seit wann?

Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. Pflaster, Lebensmittel, Hausstaub, Heuschnupfen, etc.)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Zahnschmerzen

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Bypass-OP, Stent, etc.)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Aneurysma, Arterienverkalkung, Blutgerinnungsstörungen)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung (z.B. Bronchitis, Asthma, Emphysem, Lungenentzündung)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankung (z.B. Entzündungen, Polypen, Geschwüre, Blutungen)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Leber- / Galle- / Bauchspeicheldrüsenerkrankung (z.B. Entzündung, Steine)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Harnwegserkrankungen (z.B. Niere, Blase, Harnröhre – Entzündung, Steine, Inkontinenz)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Unterleibserkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane (z.B. Prostata, Gebärmutter)

Nein       Ja \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte, Schilddrüsenfunktion)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Osteoporose

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Gefäßserkrankungen (z.B. Krampfadern, Thrombose, pAVK, Kompressionsstrümpfe)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, MS, Parkinson, Polyneuropathie)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Erkrankungen aus dem Rheumatischen Formenkreis (z.B. Rheumatoide Arthritis, Fibromyalgie)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Seh- / Hör- / Sprechprobleme?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?

Wenn ja welche Therapie wurde angewandt (z.B. OP, Bestrahlung, Chemo, Folgen)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen (z.B. Burn out, Depression)

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Epilepsien

Nein  Ja Medikamente? \_\_\_\_\_

Liegt oder lag bei Ihnen eine Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung vor?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Wurden folgende Krankheiten bei Ihnen diagnostiziert?

Hepatitis

Nein  Ja \_\_\_\_\_

HIV / AIDS

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Auch Alternativmedizin, Vitaminpräparate, Nahrungsergänzung)

---

---

Gibt es aus medizinischer Sicht Belastungs- und / oder Bewegungsgrenzen die in der Therapie beachtet werden müssen?

---

---

---

Gibt es Bewegungen, Sportarten oder Aktivitäten welche Sie nicht ausführen dürfen?

---

---

Bemerkungen

---

---

Erwartungen an die Therapie

---

---

## ERKLÄRUNG

Ich habe alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Aschheim, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Vertreter / Bevollmächtigter