

Anamnesebogen Physiotherapie

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Überweisender Arzt: _____

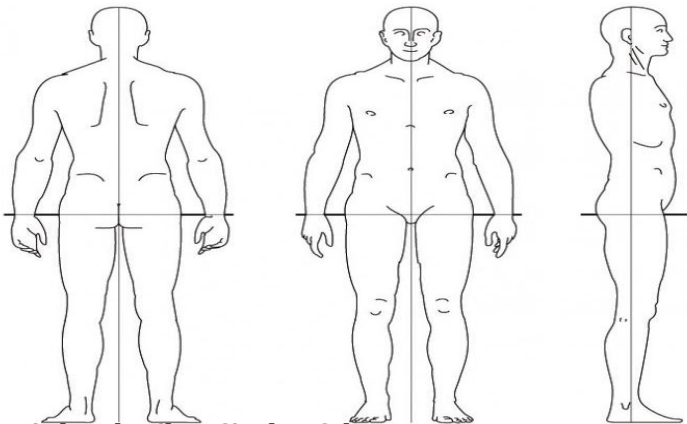
1. Hauptbeschwerden

Was führt Sie heute zu uns (Hauptbeschwerden)?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ akut (<2 W) ☐ subakut (2-12 W) ☐ chronisch (>12 W)

Wo haben Sie Beschwerden/Schmerzen/Probleme
(bitte einzeichnen)?



Wie beschreiben Sie Ihre Schmerzen?

☐ brennend ☐ stechend ☐ dumpf ☐ ziehend
☐ kribbelnd ☐ ausstrahlend

Welche Bewegungen oder Tätigkeiten sind
eingeschränkt?

Welche Beeinträchtigungen haben Sie im
Alltag/Beruf?

Gibt es Auslöser /verschlimmernde Faktoren?

Gibt es lindernde Faktoren (Bewegung/Wärme etc.)?

Wann genau treten Ihre Beschwerden auf?

☐ morgens ☐ nachts ☐ nach Belastung/Bewegung
☐ in Ruhe

Ist ihre Sensibilität verändert? (Kribbeln, Taubheit,
Überempfindlichkeit, Ameisen laufen, Nadeln,
Brennen? ☐ Ja ☐ nein

Wie würden Sie Ihre Schmerzen auf einer Skala von
0-10 einschätzen? (Kein Schmerz: 0, stärkster: 10)

-Ruhe: ___/10

-Belastung: ___/10

Treten Ihre Beschwerden kontinuierlich oder mit
Unterbrechungen auf? (bitte unterstreichen)
Wenn mit Unterbrechungen, wann sind diese?

2. Vorgeschichte

- Wurden bereits Behandlungen durchgeführt?

☐ Physiotherapie ☐ Medikamente
☐ Operationen ☐ Sonstiges: _____

- Wurden diagnostische Verfahren angewendet?

☐ Röntgen ☐ MRT ☐ CT ☐ Sonstiges: _____

3. Allgemeine Gesundheit

- Haben Sie chronische Erkrankungen?

☐ Diabetes
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen: _____
☐ Arthrose/Osteoporose
☐ Rheumatische Erkrankungen: _____
☐ Neurologische Erkrankungen: _____
☐ Sonstiges: _____

- Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

- Bestehen Allergien?

☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

- Sind Sie schwanger? (nur Frauen)

☐ Nein ☐ Ja

4. Körperliche Aktivität

- Berufliche Tätigkeit:

☐ Sitzend ☐ Körperlich aktiv ☐ Stehend

- Sportliche Aktivitäten (Art und Häufigkeit):

5. Ziele der Physiotherapie

Was möchten Sie mit der Physiotherapie erreichen?

☐ Schmerzlinderung
☐ Verbesserung der Beweglichkeit
☐ Aufbau von Kraft und Ausdauer
☐ Sonstiges: _____

6. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

7. Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß
gemacht habe. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass
meine Daten im Rahmen der Behandlung gespeichert und
verarbeitet werden.

Unterschrift/Datum Patient: _____