

## Anamnesebogen:

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten die folgenden Fragen zu beantworten um diesen Bogen ihrem untersuchenden Therapeuten zu überreichen.

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

Datum \_\_\_\_\_

### 1.) Allgemeines:

Allgemeines Unwohlsein	Ja	Nein
Müdigkeit	Ja	Nein
Akute Infekte	Ja	Nein
Schwindel	Ja	Nein
Kopfschmerzen	Ja	Nein
Bewegungsunabhängige Schmerzen	Ja	Nein
Nachtschmerz	Ja	Nein
Allergie welche _____	Nein	Ja,
Rauchen Sie wie viel _____	Nein	Ja
Alkohol wie viel _____	Nein	Ja

### 2.) Nebenerkrankungen

Hepatitis	Nein	Ja
HIV	Nein	Ja
Rheuma	Nein	Ja
Diabetes	Nein	Ja
Asthma	Nein	Ja
Bluthochdruck	Nein	Ja

### 3.) Medikamente:

nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente? Welche: _____	Nein	Ja
--	------	----

### 4.) Operationen:

hatten Sie schon Operationen welche: _____	Nein	Ja
---	------	----

### 5.) persönliche Situation:

sind Sie zu Zeit auf Grund Ihrer Erkrankung gestresst	Nein	Ja
ängstlich	Nein	Ja
depressiv	Nein	Ja
überfordert	Nein	Ja

Schmerzanamnese:

Name \_\_\_\_\_

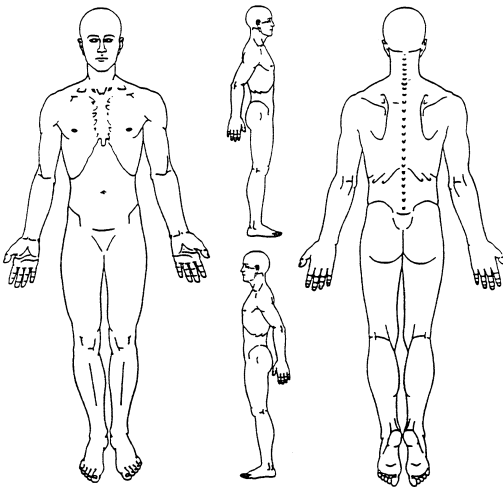
Datum \_\_\_\_\_

Ärztliche Diagnose \_\_\_\_\_

- 1.) Kreuzen Sie unten die Intensität Ihrer Schmerzen an:  
0=kein Schmerz    10= unerträgliche Schmerzen

0-----10

- 2.) Zeichnen Sie bitte unten den Ort Ihrer Beschwerden ein:



- 3.) Beschreiben Sie Ihren Schmerz: z.B. stechend, brennend, dumpf, ziehend, ect.

\_\_\_\_\_

- 4.) Wann treten die Schmerzen auf?

In Ruhe

Bei Belastung

Bewegungsunabhängig

Zeitabhängig

- 5.) Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, verstärkt oder vermindert  
(z.B. welche Bewegung, Tätigkeit, Wärme, Kälte usw.)

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

- 6.) seit wann haben Sie das Problem?

\_\_\_\_\_

- 7.) Nehmen Sie auf Grund dieses Problem Schmerzmittel?    Nein    Ja  
Welches: \_\_\_\_\_