

# ANAMNESEBOGEN

Datum \_\_\_\_\_

Um mir ein umfassenderes Bild Ihrer Erkrankung machen zu können, möchte ich Sie bitten, diesen Anamnesebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ich weise darauf hin, dass die Angaben absolut freiwillig sind. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Vielen Dank.**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb. \_\_\_\_\_

Aktuelles Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg  
Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

## Aktuelle Arbeitssituation

- |                                          |                                         |                                  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schüler/Student | <input type="checkbox"/> Berufstätig    | <input type="checkbox"/> Rentner |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann  | <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend |                                  |

**Welchen Beruf üben Sie derzeit aus/haben Sie ausgeübt?**

---

## Vorwiegend:

- |                                   |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sitzend? | <input type="checkbox"/> stehend? | <input type="checkbox"/> wechselnd? |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

**Was ist der Grund für Ihren heutigen Besuch? Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?**

---

**Seit wann haben Sie diese Beschwerden?**

---

**Was war der Auslöser dieser Beschwerden?**

---

## Wodurch werden Ihre Beschwerden gelindert?

- |                                           |                                               |                                                                  |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ablenkung        | <input type="checkbox"/> Wärme                | <input type="checkbox"/> Liegen                                  |
| <input type="checkbox"/> Entspannung      | <input type="checkbox"/> Lagewechsel          | <input type="checkbox"/> Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen |
| <input type="checkbox"/> Positives Denken | <input type="checkbox"/> Änderung der Haltung | <input type="checkbox"/> Andere Gegebenheiten                    |
| <input type="checkbox"/> Kälte            | <input type="checkbox"/> Leichte Bewegung     | _____                                                            |

## Wodurch werden Ihre Beschwerden verschlimmert?

- |                                                |                                            |                                                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehen                 | <input type="checkbox"/> Stehen            | <input type="checkbox"/> Stress/Ärger/Angst                      |
| <input type="checkbox"/> Liegen                | <input type="checkbox"/> Ruhe              | <input type="checkbox"/> Ich kann den Schmerz nicht beeinflussen |
| <input type="checkbox"/> Sitzen                | <input type="checkbox"/> Husten            | <input type="checkbox"/> Andere Gegebenheiten                    |
| <input type="checkbox"/> Andere Körperposition | <input type="checkbox"/> Leichte Berührung | _____                                                            |
| _____                                          | <input type="checkbox"/> Wetterwechsel     | _____                                                            |

**Wie stark ist der Schmerz?** 0 = KEIN Schmerz, 10 = EXTREMER Schmerz

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7                      8                      9                      10

### Wie ist das Schmerzempfinden?

- |                                   |                                    |                                     |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ziehend  | <input type="checkbox"/> klopfend  | <input type="checkbox"/> kolikartig |
| <input type="checkbox"/> bohrend  | <input type="checkbox"/> drückend  | <input type="checkbox"/> krampfend  |
| <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> krabbelnd | <input type="checkbox"/> dumpf      |
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> reißend   | <input type="checkbox"/> beengend   |

### Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- |                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer           | <input type="checkbox"/> wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> mehrmals am Tag | <input type="checkbox"/> selten      |

### Wann haben Sie die Schmerzen?

- |                                 |                                         |                                        |
|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> am Tag | <input type="checkbox"/> im Liegen      | <input type="checkbox"/> in Ruhe       |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> bei Belastung |

### Haben Sie andere Symptome zum Schmerz?

- |                                                    |                                                   |                                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwellung                | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen   | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl           | <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit         | <input type="checkbox"/> Nächtliches Knirschen     |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln                  | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                 |
| <input type="checkbox"/> „Ameisenlaufen“           | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche           | <input type="checkbox"/> Schwindel                 |
| <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |                                                   | <input type="checkbox"/> Seh- oder Hörstörungen    |

### Schmerzlokalisierung

Bitte zeigen Sie, wo Sie im Körper überall Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie DAS GANZE Schmerzgebiet durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber oder durch Malen mit Farbstiften oder Textmarkern.

