



ANAMNESEBOGEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

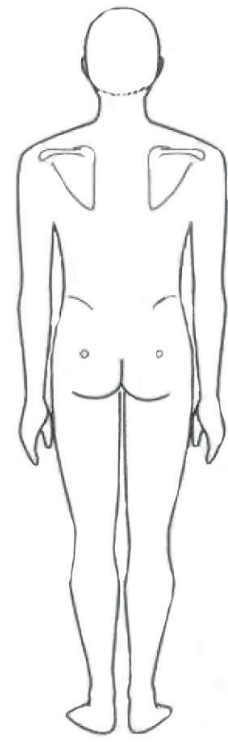
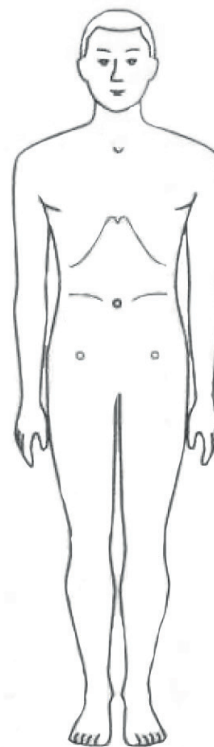
Geschlecht

Beruf

1. Was ist derzeit Ihr größtes Problem (Hauptproblem)?

- Schmerzen Bewegungseinschränkungen Muskelschwäche Taubheitsgefühl
 Kribbelgefühl Sonstiges

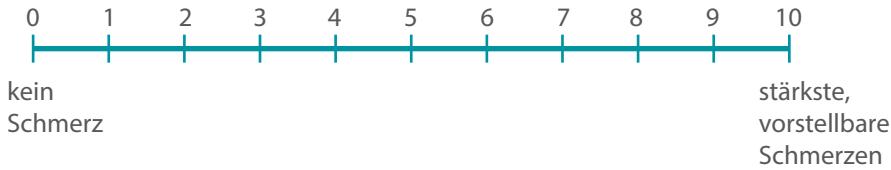
Bemerkungen



2. Wie würden Sie Ihren Schmerz beschreiben? (Schmerzcharakter)

- stechend brennend dumpf ziehend pulsierend
 punktuell diffus

3. Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?



4. Wann war der Beschwerdebeginn?

Light blue rectangular input field for the start date of the complaint.

5. Wann treten die Beschwerden auf?

Light blue rectangular input field for when the symptoms occur.

6. Wodurch kam es zu Ihrem Problem?

- Unfall Überlastung Ursache unbekannt

Bemerkungen

Light blue rectangular input field for additional remarks.

7. Liegen aktuelle (max 1 Jahr) Röntgen-/MRT-Befunde vor? Wenn ja, bringen Sie diese bitte in Kopie mit.

Wenn ja, welche?

Light blue rectangular input field for current X-ray/MRI findings.

8. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

- Schmerzmittel Muskelrelaxantien Sonstige

Wenn ja, welche?

Light blue rectangular input field for current medications.

9. Hatten Sie irgendwelche Operationen?

Welche?

Light blue rectangular input field for any operations.

Wann?

Light blue rectangular input field for when the operations occurred.

10. Welche Position ist Ihnen zur Linderung der Problematik am angenehmsten?

- Ruhe Bewegung Schonhaltung Wärme Kälte

11. Wurde eine der folgenden Erkrankungen des Bewegungssystems von einem Arzt festgestellt?

- Keine Arthrose M. Bechterew Bandscheibenvorfall Osteoporose
 entzündliches Rheuma Skoliose

Unfallfolgen/ Sonstiges

12. Wurde bei Ihnen eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems, der Atmungsorgane oder eine Stoffwechselerkrankung von einem Arzt festgestellt?

12 a. Fühlen Sie sich durch die oben genannten Erkrankungen in der körperlichen Aktivität eingeschränkt?

- Ja Nein

12 b. Sind Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?

- Ja Nein

13. Sonstiges

NICHT VERGESSEN

Denken Sie bitte an therapiegerechte Kleidung und ein Handtuch. Sollten aktuelle Befunde vorliegen, bringen Sie diese bitte in Kopie mit (Röntgen/MRT max. 1 Jahr).



ERKLÄRUNG: Mit dem Ausfüllen dieses Anamnesebogens und Erhalt der Patienteninformation erkenne ich mit meiner Unterschrift die Behandlungs- und Rechnungskonditionen an. **Mir ist bekannt, dass nicht wahrzunehmende Termine mindestens 24 Stunden an Werktagen vorher - telefonisch oder persönlich (keine SMS oder E-Mail) abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir mit dem derzeit gültigen Verrechnungssatz meiner Krankenkasse gemäß § 615, BGB privat in rechnung gestellt.**

Gesetzliche Zahlungen gemäß § 61, Satz 3, SGB und Rezeptgebühren sind in voller Höhe bis spätestens zum **3. Behandlungstermin** jeder Behandlungsserie zu entrichten.

Mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten an externe Abrechnungsstellen - ausschließlich zur Abrechnung in Verbindung mit Heilmittelverordnungen und Behandlungen - erkläre ich mich hiermit einverstanden.

Therapeut

Datum

Unterschrift des Patienten