

Anschrift der Praxis

ANAMNESEBOGEN ERWACHSENE

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, Anzahl:

Tel. (privat): **Handy:**

Name des Hausarztes/Therapeuten:

Anschrift des Hausarztes/Therapeuten:

ALLGEMEINE ANGABEN

aktuelles Körpergewicht: kg

Aktuelle Körpergröße: cm

Nichtraucher: **Raucher:**

Informationen zur Geburt:

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Zangen – oder Saugglockengeburt

Dauer der Geburt:

Traten Komplikationen während der Geburt auf? – bitte kurz beschreiben:

Verletzungen (auch aus der Kindheit):

Unfälle

Knochenbrüche

Kopfverletzungen

Stürze

Sportunfälle

Knicken Sie leicht mit dem Fuß um?

Fuß rechts Fuß links

Haben Sie bereits Geburten hinter sich?

- nein
 ja – wenn ja, wie war die Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Steißlage, PDA) – bitte kurz beschreiben
-

Gab es während der Schwangerschaft oder nach der Geburt Komplikationen?

- nein
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben
-

Besonderheiten nach der Geburt – z.B. Hämatome

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden?

- nein
 ja, bitte kurz beschreiben
-

ALLGEMEINE FRAGEN ZUM LEBENSSTIL

Essgewohnheit:

- vegan vegetarisch Allesesser überwiegend Fastfood
 besondere Diät, welche?

Trinkgewohnheit: Ich trinke ca. Liter am Tag.

Trinken Sie Alkohol?

- nein
 ja – wenn ja, bitte kurz beschreiben wie oft
-

Gibt es in Ihrer Familie besondere Krankheiten oder Erbkrankheiten? Bitte kurz beschreiben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder andere Substanzen ein? Bitte kurz beschreiben

Wurden Sie schon mal operiert? Bitte kurz beschreiben

Welche Narkose haben Sie erhalten?

- Vollnarkose Teilnarkose PDA (Rückennarkose)

Kam es zu Komplikationen oder postoperativen Beschwerden? Bitte kurz beschreiben

Wann treten die Schmerzen auf?

- | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> im Liegen | <input type="checkbox"/> nach dem Essen |
| <input type="checkbox"/> im Ruhezustand | |

Wodurch verschlimmern sich die Schmerzen? (Beispiel: Kälte, Wärme, Ruhe, Bewegung etc.)

Bitte kurz beschreiben

Beschreiben Sie bitte Ihr Schmerzempfinden (ziehend, bohrend, stechend, brennend, drückend, krabbelnd, krampfend, klopfend, reißend, beengend, dumpf etc.)

Treten zu den Schmerzen weitere Symptome auf?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen | <input type="checkbox"/> Schweißbildung |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Hautrötungen | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche |
| <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen |
| <input type="checkbox"/> Seh – oder Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Koordinationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges – bitte kurz beschreiben | |
-

Wie wurden die Schmerzen bisher behandelt und mit welchem Erfolg? – Bitte kurz beschreiben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!