

# Praxis Franziska Scharrer – Anamnesebogen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**, bitte bringen Sie den Anamnesebogen ausgefüllt zu Ihrer Erstbehandlung mit. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von Wichtigkeit. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokuments. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

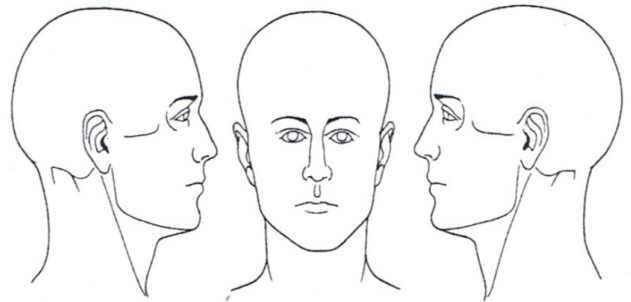
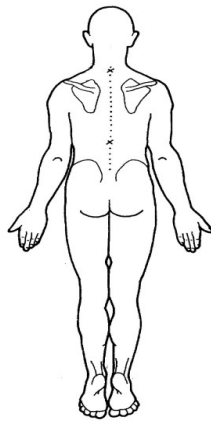
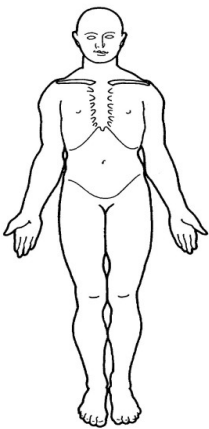
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Versicherung (bitte ankreuzen):                      Gesetzlich                       Privat                       Beihilfe

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Sport/Hobby: \_\_\_\_\_



1. Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen):

2. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? \_\_\_\_\_

3. Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Erkrankungen/Infektionen**?

- |  |   |                                       |                                      |
|--|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen   | <input type="checkbox"/> Hepatitis          | <input type="checkbox"/> HIV          | <input type="checkbox"/> Rheuma      |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Knie-/Hüftarthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |                                      |

Sonstige: \_\_\_\_\_

4. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja  / nein

5. Ist Ihre **Sensibilität** verändert (Kribbeln / Taubheit)? ja  / nein

6. Haben Sie einen **Kraftverlust**? ja  / nein

7. Was bereitet Ihnen im **Alltag** Beschwerden? \_\_\_\_\_

8. Wie **lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon? \_\_\_\_\_

9. Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden?  
(Sturz, Unfall, etc.) \_\_\_\_\_

10. Was **verbessert** Ihre **Beschwerden**? (Aktivität, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen, etc.)

---

11. Was **verschlechtert** Ihre **Beschwerden**?

---

12. Wie stark sind Ihre **Schmerzen momentan**? (bitte einkreisen):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz

13. Sie haben **Schmerzen beim** Husten / Niesen / Pressen / Schlucken (bitte unterstreichen)

14. Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja  / nein

15. Haben Sie **Geh-** oder **Gleichgewichtsstörungen**? ja  / nein

16. Sind Sie **schwanger**? ja  / nein

17. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmacht oder Schluckstörungen**? ja  / nein

**Welche?**

---

18. Haben Sie Probleme mit den **inneren Organen** (Sodbrennen, Verstopfung,...)? ja  / nein

**Welche?**

---

19. Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein)? ja  / nein

**Welche?**

---

20. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? ja  / nein

**Welche?**

---

21. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja  / nein

22. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber oder nächtliches Schwitzen**? ja  / nein

23. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle und/oder Operationen**? ja  / nein

**Welche?**

---

24. Haben Sie **sonstige Beschwerden**, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? ja  / nein

**Welche?**

---

25. Welche **Maßnahmen zur Diagnostik / Therapie** wurden bisher durchgeführt?  
Röntgen / CT / MRT / Spritze / Massage Physiotherapie /Anderes:

**Welche?**

---

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift Patient/-in**