

**Fragebogen zur therapeutischen Behandlung (Anamnese)**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte lesen Sie diesen Fragebogen durch und füllen Sie ihn möglichst genau aus! Sie helfen mir damit,  
Ihre therapeutische Betreuung zu optimieren. So kann ich gezielter und effizienter Ihre Beschwerden  
behandeln und dabei mögliche Einflussfaktoren berücksichtigen. Vielen Dank!**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Privat versichert  ja  nein Falls ja, über Beihilfe  ja  nein Handy: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreit:  ja  nein

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

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

Sonstige körperliche Belastungen/bzw. Sportarten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frühere Operationen,  ja  nein  
 Unfälle oder Sportverletzungen?

Wann/Jahr	Welche?

Gab es sonstige Probleme im Bereich des  ja  nein  
 Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)

Falls ja, welche? Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel?  ja  nein  
 (Bandagen, Tapes, Orthesen, Schuheinlagen)

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Sonstige Fragen:**

Wie würden Sie ihren Gemütszustand beschreiben?

entspannt  angespannt  sehr angespannt

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende  
Erkrankungen (Falls aufgelistet bitte einkreisen)?**

1. Orthopädische Beschwerden  ja  nein  
(z.B. Osteoporose, Skoliose, Bandscheibenschäden...)
  2. Herzerkrankungen  ja  nein  
(z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche)
  3. Kreislaufbeschwerden  ja  nein  
(z.B. Hoher/Niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche,  
Atemnot bei Belastung)
  4. Durchblutungsstörungen,  ja  nein  
(z.B. Krampfader, Thrombosen, Arterielle Störungen)
  5. Erkrankung der Atemwege  ja  nein  
(z.B. Bronchitis, Asthma, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)
  6. Erkrankung der inneren Organe  ja  nein  
(Leber, Niere, Milz, Verdauungsorgane etc.)
  7. Stoffwechselerkrankungen  ja  nein  
(z.B. Zucker, Gicht, Schilddrüse, Fettstoffwechsel)
  8. Neurologische Beschwerden  ja  nein  
(z.B. Kribbeln, pelziges oder Taubheitsgefühl, Krämpfe)
  9. Blutungsneigung  ja  nein  
(z.B. Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)
  10. Tumore  ja  nein
  11. Chronische Schmerzen  ja  nein  
(z.B. Migräne, Rücken, Kopfschmerzen, Schwindel)
- Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
 seit wann? \_\_\_\_\_
12. Andere, nicht genannte Erkrankungen  ja  nein
- Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Fragen zu Ihrem aktuellen Beschwerdebild (wird auch im ersten Behandlungstermin abgefragt):**

Welche Beschwerden bestehen?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

Wodurch sind Ihre Beschwerden entstanden bzw. ausgelöst worden?

Wodurch werden Ihre Beschwerden ausgelöst oder verstärkt sich?

Haben Sie schon Möglichkeiten gefunden Ihre Beschwerden zu lindern? Falls ja, welche?

---

**Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?**

- Empfehlung vom Arzt       Empfehlung von Freunden/Bekanntnen  
 Telefonbuch       Internet       \_\_\_\_\_

**Dieser Anamnesefragebogen wurde nach bestem Wissen vollständig und richtig ausgefüllt.**

**Mit der unteren Unterschrift bestätige Sie darüber informiert zu sein, dass Sie nicht wahrnehmbare Termine mindestens 24 Stunden vorher absagen müssen.**

**Für nicht rechtzeitig abgesagte Termine bzw. nicht entschuldigte oder nicht wahrgenommene Termine wird die Behandlung privat in Rechnung gestellt.**

**Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten – soweit zur Durchführung der Behandlung und Abrechnung notwendig – zum Zwecke der automatisierten Verarbeitung durch meine Praxis-EDV gespeichert werden.**

**An Dritte werden diese Daten ausschließlich nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis weitergegeben.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)