

# Anamnesebogen



1) Name, Vorname, Geb.datum

Datum

2) Adresse, Tel.

3) Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerde(n).

4) Kennen Sie diese Beschwerden? Hatten Sie diese schon einmal oder mehrfach in Ihrem Leben?

5) Wurden Sie in dieser jetzigen Episode schon von einem Arzt , Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Osteopathen etc. behandelt?

6) Wurden Sie wegen einer anderen Episode schon behandelt?

7) War diese Behandlung / diese Behandlungen erfolgreich?

8) Haben Sie Nebenerkrankungen wie z.B. Osteoporose, Diabetes, Allergien o.ä.?

9) Nehmen Sie Medikamente ein?

9) Ist Ihnen nächtliches Pressen oder Knirschen mit den Zähnen bei Ihnen bekannt?  
Haben Sie eine Schiene?

10) Wenn Sie an Ihre Beschwerden denken –  
Haben Sie Nacht-, Ruhe-, Bewegungs-, Belastungsschmerz?

10a) Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 0-10?  
( 0 kein Schmerz, 10 größtmöglicher Schmerz)

10b) Welche Qualität haben die Schmerzen?  
Drückend, ziehend, reißend, ausstrahlend, brennend, dumpf, spitz, flächig, punktuell,  
elektrisch...

10c) Wenn Sie ausstrahlende Schmerzen haben, von wo bis wo strahlen sie aus?

10d) Was verbessert die Schmerzen, was verschlechtert sie?

11) Gab es einen Auslöser?

12) Haben Sie eine Idee, woher die Beschwerden kommen könnten?

13) Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen, seit wann ca. und wie oft?

14) Sind Sie bereit im Rahmen der Therapie täglich einige Eigenübungen in Ihren Alltag zu integrieren, um an Ihr Ziel zu gelangen?

15) Was ist Ihr Ziel? Was ist Ihr Wunsch?

Danke für Ihre Mühe. Lassen Sie uns beginnen.

Ihre Gundula Ludwig

Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzlokalisierung in dieses schematische Bild ein.

