

Kurzer-Anamnese – Fragebogen

Treffpunkt Gesundheit

Steffen Pflüger * Alte Dorfstr.53* 70599 Stuttgart

Physiotherapeut-Sektoraler Heilpraktiker der Physiotherapie-Manualtherapeut-Lymphtherapeut

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße: _____ Tel. Beruf _____

PLZ-Ort _____ Beruf _____

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe/Post

Privat-Versicherung (+Tarif) : _____

private Zusatzversicherung : _____

Bitte geben Sie den genauen Tarif an, um Abrechnungsprobleme zu vermeiden.

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

Was ist Ihr Wunsch, was ist Ihr Ziel?

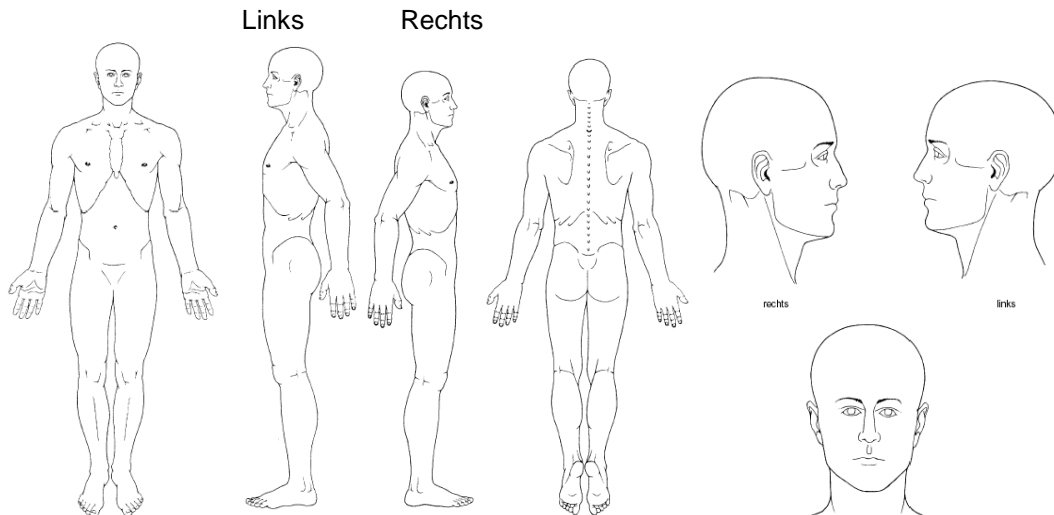
Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, falsche Bewegung, Überlastung, Operation, , kein Auslöser, usw.

Schmerzfragen

Wo treten Schmerzen auf ? Bitte kennzeichnen

Bitte markieren Sie genau den Schmerzort oder schraffieren die Fläche der Schmerzausstrahlung.



Schmerzskala für den Hauptschmerz

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwach mittel sehr stark (stärkste vorstellbare Schmerz)

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit.....Wetterlage, Monatsblutung, Sonstiges

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, Sonstiges.....

Andere Symptome zum Schmerz Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung. Sonstiges

Bisherige Schmerzbehandlung

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Bitte genau Chronologie der Krankengeschichte

Bitte bringen Sie vorhandene Befunde (Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, ...) , sowie Zahnschienen und Einlagen zum ersten Termin mit !

Datum:..... Unterschrift.....