

Anamnese – Fragebogen

Steffen Pflüger * Alte Dorfstr.53* 70599 Stuttgart

Physiotherapeut-Sektoraler Heilpraktiker der Physiotherapie-Manualtherapeut-Lymphtherapeut

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Tel. privat: _____

Straße: _____ Tel. Beruf _____

PLZ-Ort _____ Fax _____

Beruf _____ E-Mail _____

Wer hat uns empfohlen? _____ Familienstand / Kinder _____

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, Hautausschläge, Medikamente, kein Auslöser, usw.

Welche Erkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, Thrombosen, Lungenembolie, usw.

Gibt es Allergien? Ja Nein

.....
Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?
.....

Haben Sie Narben? Wo?
.....

.....
Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja

Häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig,
links – rechts – doppelseitig –

Augen Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration,
usw.

Tragen Sie eine Brille Ja Nein Letzte Kontrolle.....

Ohren links / rechts...Tinnitus seit.....Schwerhörigkeit seit....., andere.....

Tragen Sie ein Hörgerät Ja Nein Letzte Kontrolle.....

Zähne/ Kiefer

Kiefergelenkprobleme? Ja Nein

Haben Sie eine Zahnschiene (Knirschen, CMD) Ja Nein

Schilddrüse Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto

Brust und Bauch

Herz Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,
Herzschrittmacher,

Lunge Bronchitis, häufig Husten,

Rücken – Arme – Beine – Bauch

Arme Verletzungen, Schmerzen, Kribbeln, Tennisellenbogen, kalte Hände usw.

Beine Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße,
Kribbeln, Taubheitsgefühl usw.

Tragen Sie eine Schuhzurichtung oder Einlagen Ja Nein Fersenerhöhung,
Totalerhöhung, Schmetterlingssohle, Abrollhilfe, orthopädische Schuhe

Rücken Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Schmerzen, Rheuma, usw.

Hatten Sie einen Unfall mit Halswirbelsäulenbeteiligung (Schleudertrauma, Sturz vom Pferd, Ja Nein

Unterleib – Gynäkologie

Gynäkologie Ausfluss- Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Endometriose, Gebärmutterentfernung, Geschlechtskrankheiten,

Allgemeines

Mein aktuelles Körpergewicht..... Meine Körpergröße.....

Mein Blutdruck Trinken Sie Alkohol?

Rauchen Sie?..... Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

.....
Wie viel Liter und was Trinken Sie pro Tag ?

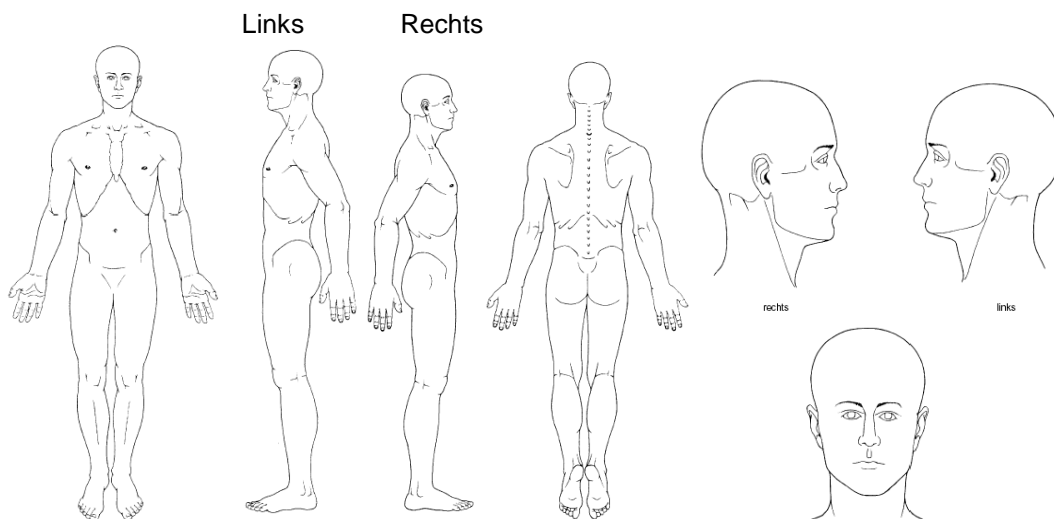
Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?

Schlaf Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen
Schlafzeit übliches zu Bett gehen.....übliches Aufstehen.....

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 !

Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

Im Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.3.93 3023/91) wird verlangt, Patienten aufzuklären, daß es bei Manipulationen an der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen oder Sonstiges kommen kann.

Kommentar:

1. Grundsätzlich kann JEDE Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei der Manuellen Therapie, Osteopathie, Akupunktur oder jeder andere Methode.
2. Ich arbeite mit sehr gezielten und sanften Techniken und schule mich regelmäßig weiter. Somit ist ein Risiko auf ein absolutes Minimum eingeschränkt.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich radiologische Aufnahmen und/oder eventuell andere sinnvolle Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand des Anamnesebogens und der anschließenden Untersuchung können eventuelle Risikofaktoren festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

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

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)