

// Sportphysiotherapie
// Medizinische Trainingstherapie
// Sport Coaching
// Personal Training

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,

um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten die folgenden anamnestischen Fragen zu beantworten und diesen Bogen Ihrem untersuchenden Therapeuten zu überreichen.

(alle angegebenen Daten fallen selbstverständlich unter die therapeutische Schweigepflicht und sind Dritten nicht zugänglich)

Vielen Dank

Name: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

1. Allgemeines

- | | |
|--------------------------------|---|
| Allgemeines Unwohlsein | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Müdigkeit | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| akute Infekte | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Fieber | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Schwindel | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| bewegungsunabhängige Schmerzen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Nachtschmerz | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ungewollter Gewichtsverlust | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Allergien | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche: _____ |
| Rauchen Sie | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wie viel: _____ |
| Trinken Sie Alkohol | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wie viel: _____ |

2. Nebenerkrankungen

Leiden Sie an Infektionserkrankungen (wie z.B. Hepatitis, HIV, etc.)?

Nein Ja

Welche: _____

Leiden Sie an weiteren akuten oder chronischen Nebenerkrankungen?

(wie z.B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck,
Herz- & Gefäßerkrankungen, chronische Infekte, Schlaganfall, etc.)

Nein Ja

Welche: _____

3. Medikamente

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente?

(Wie z.B. Schmerzmittel, Cortison, Betablocker, etc.)

Nein Ja Welche: _____

4. Belastungs- und Bewegungslimitierungen

Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen,
bzw. Bewegungen/Sportarten/Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?

Nein Ja

Welche: _____

5. persönliche Situation

Sind Sie im Moment in ihrem Alltag oder in Bezug auf Ihre Erkrankung

gestresst Nein Ja ängstlich Nein Ja

depressiv Nein Ja überfordert Nein Ja