



Anamnese – Meine Krankengeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte beantworten Sie – soweit möglich – alle Fragen gewissenhaft und ausführlich. Bringen Sie uns zu Ihren Angaben auch ärztliche Befunde wie z.B. Röntgenbilder, CT und Schriftbefunde mit. Nur so kann ich Ihnen optimal helfen und ggf. auch mit Ihren behandelnden Ärzten kommunizieren. Bei Fragen wenden Sie sich selbstverständlich gerne an mich. Ganz herzlichen Dank!

Name:..... Vorname:..... Datum:.....

Hausarzt:..... Tel:.....

Behandelnder Arzt:..... Tel:.....

Letzte Komplettuntersuchung bei Ihrem behandelnden Arzt:

Andere Besuche bei Ärzten / Psychotherapeuten in den letzten 3 Monaten:.....

.....

.....

Warum?

Weitere aktuell laufende Therapien:.....

.....

Folgende **Erkrankungen** habe ich:

Erkrankung	Beginn: Jahr/ Monat	Behandelt?

Folgende **Unfälle, Stürze** und **Traumen** hatten Sie:

Jahr?	Unfall - Sturz	Trauma - körperlich	Trauma - seelisch

Ihre **Operationen:**

Wann?	Operation

Wegen **folgendem/n Problem/en** komme ich zu Ihnen:

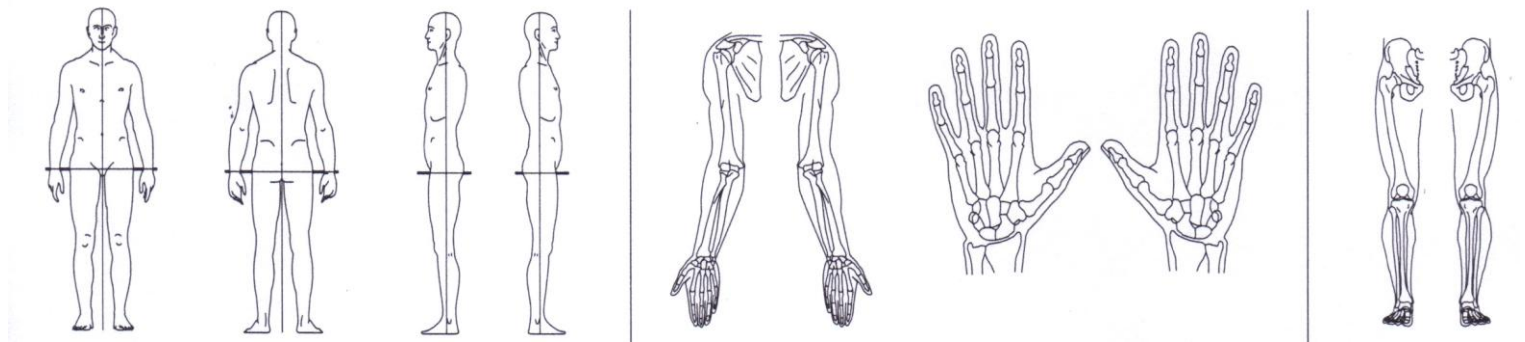
.....

.....

.....

Meine Schmerzgebiete: **S** = Schmerz / **M** = Mißempfindung / **T** = Taubheit

-> bitte jeweils an dem betreffenden Ort einzeichnen mit dem Buchstaben



Folgende **Probleme / Schmerzen / Einschränkungen** habe ich noch an meinem Bewegungsapparat:

Bitte	Kopf	Halswirbelsäule	Brust WS	Lenden WS	Kreuzbein	Steißbein
ankreuzen!	Nacken	Schulter	Ellenbogen	Hand	Finger	Zehen
Danke!	Hüfte re	Hüfte li	Knie re	Knie li	Fuß re	Fuß li
	Kieferg.	Atmung	Lähmung		Sonst?	

Welche **anderen akuten Beschwerden / Krankheiten / körperlichen Auffälligkeiten** haben Sie noch ?

Bitte beantworten Sie auch gewissenhaft folgende Fragen (**X**=Kreuzen Sie Zutreffendes an, ergänzen Sie Erkrankungen):

X	Erkrankung	X	Erkrankung	X	Erkrankung
1	Bluthochdruck	23	Blaseninkontinenz	45	Multiple Sklerose
2	Niedriger Blutdruck	24	Nierenerkrankung	46	Schlaganfall
3	Herzoperation	25	Gallenkoliken / -steine	47	M.Parkinson
4	Herzschwäche	26	Leberzirrose / Fettleber	48	Lähmungserscheinungen
5	Herzschrittmacher	27		49	ALS
6	Angina Pectoris	28	Diabetes T. 1/ Altersdiabetes	50	Kopfschmerzen
7	Krampfadern	29	Bauchspeicheldrüsenentz.	51	Migräne
8	Thrombose/ Venenentzünd.	30	Magengeschwür	52	Tinnitus
9	Aneurysma	31	Dünndarmerkrankung	53	Depression
10	Embolie / Thrombose	32	Dickdarmerkrankung	54	Burn Out
11	Bypässe	33	Krebserkrankung	55	Psychische Erkrankung
12	Netzhautablösung Auge	34	Tumorerkrankung	56	Epilepsie
13	Augeninnendruckerhöhung	35	Allergien /Unverträglichkeiten	57	Schlafstörungen
14	Fibromyalgie	36	M. Bechterew	58	Sucht/Abhängigk./Med.-Drog
15	CMD, Zähneknirschen,-beißen	37	Gicht	59	Geschlechtserkrankung
16	Kiefergelenkbeschwerden	38	Rheuma, rheumat. Erkrankg.	60	Prostataerkrankung
17	Unfall	39	(Zeckenbiss) Borreliose	61	Gebärmutterosenkung
18	Schleudertrauma	40	MRSA		Schwangerschaft/en:
19	Asthma	41	HIV-positiv	62	Normalgeburt/en: 1/2/3/4
20	Obstruktive Lungenerkrankung	42	Hepatitis:A/B/C/D	63	Frühgeburt
21	Stoffwechselerkrankung	43	Schädelhirntrauma	64	Kaiserschnitt
22	Schilddrüsenerkrankung	44		65	Totgeburt

Bemerkungen, Ergänzungen zu Ihren angekreuzten Erkrankungen (bitte Nummer angeben):

Sind Sie schwanger? nein ja, imMonat! mit Komplikationen!

Schwangerschaften / Geburten: 1..... 2.:..... 3.:..... 4.:..... Jahr!

Hatten Sie in letzter Zeit **Fieber**? nein ja, in den letzten Tagen in den letzten Wochen

Hatten Sie in letzter Zeit einen „**grippalen Infekt / Erkältung**“ / **Magen-Darminfekt**“? Nein ja

Hatten Sie einen **Zeckenbiss**? nein, nie ja, am ja, letztes Jahr

Durchfall, Bauchschmerzen, Blähungen, Magenbeschwerden, Reflux? nein ja

Waren Sie im **fernen Ausland** (Asien, Afrika, Südamerika, sonst?) nein ja, in den letzten drei Monaten

Leiden Sie unter **psychischen Belastungen / Erkrankungen / BurnOut / Depression?** nein ja

Ihre **Familienerkrankungen** (z.B. Erbkrankheiten, Häufungen oder ähnliche Beschwerden wie z.B. Migräne):

Welche **Medikamente** nehmen Sie **regelmäßig** / täglich?

- 1)..... Dosierung:..... warum?.....
- 2)..... Dosierung:..... warum?.....
- 3)..... Dosierung:..... warum?.....
- 4)..... Dosierung:..... Warum?.....

Welche **Medikamente** nehmen Sie **nach Bedarf**?

- 5) Warum?.....
- 6) Warum?.....

Schmerzskala: Geben Sie bitte Ihre Schmerzen an (0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz):
Bitte kreisen Sie den zutreffenden Bereich Ihrer Schmerzen ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stressskala: Geben Sie bitte Ihren gefühlten Stress an (0 = kein Stress, 10 = maximal vorstellbarer Stress):
Bitte kreisen Sie die zutreffende Höhe Ihres momentanen Stresses (der letzten 3 Monate) ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Skala für körperliche Einschränkungen: Geben Sie bitte an, wie stark Sie sich z.Z. in Ihrem täglichen Leben von Ihrem Problem eingeschränkt fühlen (0 = keine Einschränkung, 10 = maximal vorstellbare Einschränkung):
Bitte kreisen Sie den zutreffenden Bereich Ihrer Schmerzen ein.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ihre **Befindlichkeitsskala:** Wie ist Ihr Allgemeinbefinden zur Zeit? (0 = ganz miserabel, 10 = supergut!)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ihre **Zufriedenheitsskala:** Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Leben?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Auf was soll ich Sie wieder fit machen?

Ihr Beruf / Ihre Arbeit:

Ihre wichtigsten Tätigkeiten:.....

.....

Ihre Arbeitshaltungen:

- Sitzen:.....% Stehen:.....% / Tag abwechslungsreich knien Zwangshaltungen

Treiben Sie Sport? nein ja:.....

.....

- 1 x im Monat 1x / Woche 2-3 x / Woche unregelmäßig saisonbedingt

Welche konkreten aktuellen Einschränkungen haben Sie **durch Ihr akutes Problem** z.Z. in Ihrem Alltag die Sie mit mir **ändern möchten?** z.B. max. Laufstrecke /Treppe runter unmöglich/nicht knien können, Haare nicht föhnen können, Bücken können... welche Bewegungen tun Ihnen besonders weh?

Bei Ihrer Arbeit:.....

.....

.....

Im Ihrem privaten Leben:.....

.....

.....

Bei Ihrem Sport:.....

.....

.....

Wie hat Ihre (schwerwiegende /chronische)**Erkrankung Nr.....**/ wie haben Ihre **Schmerzen / motorischen „Defizite“** **Ihr Leben beeinflusst und verändert?**

.....

.....

.....

.....

.....

Welche konkreten **Wünsche** haben Sie für die Behandlung bei mir? - Was kann ich für Sie tun?

- 1.)
- 2.)
- 3.)

Welche **Fragen** haben?

.....
.....

Jetzt ist es gleich geschafft... 

Bitte notieren Sie jetzt hier, gerne **im Detail Ihre persönlichen Ziele** für Ihre Therapie bei mir.

- Was möchten Sie erreichen?
- Was soll sich verbessern?
- Was sind Sie selbst bereit dafür zu tun?

Nehmen Sie sich bitte gerne richtig Zeit dafür!

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Der Patient / die Patientin bestätigt die Richtigkeit dieser Angaben.

Der Patient / die Patientin stimmt heute schon zu, dass sie sich einverstanden erklärt, dass Frau Graf-Laubenthal bei Unklarheit der Diagnose Verbindung mit dem oben angegebenen behandelnden Arzt aufnehmen darf und in diesem Rahmen von der therapeutischen Schweigepflicht gegenüber diesem Arzt entbunden wird.

Wiesbaden, den.....

.....
(PatientIn – Unterschrift)

.....
(H. Graf-Laubenthal – Heilpraktikerin für Physiotherapie)

Helga Graf-Laubenthal – Privatpraxis für ganzheitliche Physiotherapie & Prävention
Mainzer Straße 25 - 65185 Wiesbaden - Tel: 0611-880 42 565 - www.graf-laubenthal.de