



ANAMNESEBOGEN BESTANDSPATIENTEN

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus, damit wir Sie optimal behandeln können.

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hat sich etwas an Ihrer persönlichen Situation geändert? ☐ Nein

☐ Ja:

Familienstand: _____

Umzug: _____

Arbeitsplatzwechsel: _____

Neue Bezugsperson: _____

Pflegegrad: _____

Sonstiges: _____

2. Allgemeine Anamnese und Risikofaktoren

Hat sich an Ihrer medizinischen Situation irgendetwas verändert? ☐ Nein

☐ Ja:

Neue Allergien: _____

Neue Medikamente: _____

Neue Diagnosen: _____

Neue OPs: _____

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen / Besonderheiten vor? (Bitte ankreuzen)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Rheuma / Gicht | ☐ Osteoporose | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Niereninsuffizienz | ☐ Fibromyalgie | ☐ Sonstige psychische Erkrankung | ☐ Knochenbrüche |
| ☐ chronisches Schmerzsyndrom | ☐ Depressionen | | |



WICHTIG FÜR BILDGEBUNG (RÖNTGEN / MRT):

- ☐ Herzschrittmacher
- ☐ Metallimplantate / Stents
- ☐ Schwangerschaft

Welche Medikamente (Schmerzmittel) nehmen Sie aktuell ein? (Präparat / Dosis)

3. Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Seit wann haben Sie die Beschwerden? (Tage / Wochen / Monate):

Wann treten die Schmerzen vorwiegend

- ☐ In Ruhe
- ☐ Bei Belastung
- ☐ nachts
- ☐ Als Anlaufschmerz

Wie würden Sie den Schmerz beschreiben? auf?

- ☐ stechend
- ☐ dumpf
- ☐ ziehend
- ☐ brennend

Gab es einen Auslöser? Unfall oder Sturz?

- ☐ Nein ☐ Ja, Datum: _____
- ☐ Es war ein Arbeits- / Wegeunfall (BG-Fall)

Kurzer Unfallhergang:

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell auf einer Skala von 0 bis 10?



Kein Schmerz

Maximaler Schmerz



4. Lokalisation der Beschwerden

A. Wirbelsäule

Region	Betroffen?	Ausstrahlung (Arm/Bein)	Taubheit / Kribbeln?
Halswirbelsäule / Nacken	☐ Ja	☐ Re ☐ Li	☐ Re ☐ Li
Brustwirbelsäule	☐ Ja	☐ Re ☐ Li	☐ Re ☐ Li
Lendenwirbelsäule / Rücken	☐ Ja	☐ Re ☐ Li	☐ Re ☐ Li

B. Gelenke und Extremitäten

Gelenk / Region	Betroffene Seite	Symptome (Mehrfachnennung möglich)
Schulter / Arm	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Ellenbogen	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Hand / Finger	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Hüfte / Becken	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Knie	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung
Sprunggelenk / Fuß / Zehen	☐ Re ☐ Li ☐ Bds.	☐ Schwellung ☐ Steifheitsgefühl ☐ Bewegungseinschränkung



Was lindert die Beschwerden?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Ruhe ☐ _____

Was verschlimmert die Beschwerden?

Bisherige Untersuchungen (Röntgen, MRT, CT; Wann? Wo?):

Bisherige Behandlungen (z.B. Physiotherapie, Spritzen):

Möchten Sie etwas Wichtiges ergänzen?

Ort, Datum

Unterschrift