

Anamnesebogen Physiotherapie

Liebe Patientin, lieber Patient, damit wir Ihre Behandlung optimal auf Sie abstimmen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vor Ihrem ersten Termin auszufüllen.

1. Persönliche Angaben

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Aktuelle Beschwerden

Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

Wo haben Sie Beschwerden?

☐ Kopf/Nacken ☐ Schulter/Arm ☐ Rücken

☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß/Bein

☐ Sonstiges: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ seit wenigen Tagen ☐ seit einigen Wochen

☐ seit mehreren Monaten ☐ schon länger

Wie stark sind Ihre Beschwerden aktuell?

0 = keine Schmerzen 10 = stärkste Schmerzen Schmerzstärke: 0 - 10: _____

3. Medizinische Angaben

Haben Sie eine chronische Erkrankung (zum Beispiel Asthma, Diabetes, Rheuma, ...)?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Wenn ja, welche: _____

Gab es einen Unfall oder eine Operation?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Wenn ja, welche: _____

4. Frühere Behandlungen

Wurden die aktuellen Beschwerden bereits behandelt?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche Behandlung?



5. Alltag und Bewegung

Gibt es Bewegungen oder Tätigkeiten, die Ihre Beschwerden verstärken?

Was fällt Ihnen im Alltag momentan besonders schwer?

Wie aktiv sind Sie normalerweise?

☐ wenig aktiv ☐ gelegentlich aktiv ☐ regelmäßig sportlich aktiv

6. Für Ihre Behandlung wichtig

Gibt es etwas, das wir bei Ihrer Behandlung unbedingt berücksichtigen sollten?

Einverständnis

- ☐ Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und richtig sind.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zur Vorbereitung und Durchführung meiner physiotherapeutischen Behandlung verarbeitet werden.

Ort, Datum: _____ Name: _____

Unterschrift (falls erforderlich): _____