

Anamnesebogen Erwachsene



Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Sehr geehrte/r Patient/in

um Ihnen eine angemessene und auf ihr Gesundheitsproblem zugeschnittene Behandlung zukommen zu lassen, sind für uns vielfältige Informationen erforderlich, die sich allein aus Ihrer Heilmittelverordnung nicht ergeben. Dies können neben Angaben zu Person (wie Alter, Größe, Gewicht, bestimmte Gewohnheiten oder berufliche Tätigkeit) auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand sein (z.B. Vorerkrankungen, erfolgte Operationen, Einnahme bestimmter Medikamente). Diese Informationen sind die Basis unserer Befunderhebung und sichern eine effiziente und für Sie erfolgreiche Therapie.

Um dieses Verfahren der Anamnese zu beschleunigen und Ihnen einen zügigen Start der Therapie zu ermöglichen, benutzen wir in unserer Praxis standardisierte Fragebogen. Dabei kann es vorkommen, dass durch den Fragenkatalog Daten abgefragt werden, die im Einzelfall für Sie oder Ihren Behandlungsanlass ohne Bedeutung sind. Sollten Sie also eine der Fragen nicht erstehen oder deren Sinnhaftigkeit für Ihrer Therapie nicht nachvollziehen können, lassen Sie diese zunächst aus und besprechen Sie sie bitte direkt mit Ihrem behandelnden Therapeuten.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angaben zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden als Teil der Behandlungsdokumentation solange archiviert, bis sie für die Behandlung nicht mehr erforderlich sind und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist von Jahren (vgl. §630 f Abs.3 BGB). Selbstverständlich können Sie Ihre Dokumentation jederzeit einsehen oder Fotokopien davon anfertigen. Sie haben das Recht, unrichtige Angaben berichtigen oder löschen zu lassen. Bei Beschwerden oder Unklarheiten wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an Ihren behandelnden Therapeuten. Sie haben aber auch das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Wir versichern Ihnen, dass alle Angaben, die Sie hier machen, den Regelungen zum Patientengeheimnis unterliegen und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben werden.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

Ihr Praxisteam *FLK-Physiokids*

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Versicherung: gesetzlich privat Beihilfe Geb. Datum: _____

Beruf: _____ Hobby/ Sport: _____

Hausarzt: _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden?

Empfehlung: _____ Telefonbuch Internet Sonstiges: _____

Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen und bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig absagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

1. Allgemeines (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Allgemeines Unwohlsein?

Nein

Ja

Müdigkeit?

Nein

Ja

akute Infekte?

Nein

Ja, Welche: _____

Fieber?

Nein

Ja

Schwindel?

Nein

Ja

Kopfschmerzen?

Nein

Ja

bewegungsunabhängige Schmerzen?

Nein

Ja

Nachtschmerzen?

Nein

Ja

ungewollter Gewichtsverlust?

Nein

Ja

Gang-, und Gleichgewichtsstörungen? Nein Ja
 Schwangerschaft? Nein Ja, Wie viele: _____
 Allergien? Nein Ja, Welche: _____
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, Welche: _____
 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja
 Frühere Erkrankungen, OP? Nein Ja, Welche: _____
 Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV, etc.)? Nein Ja

Leiden Sie an akuten oder chronischen Nebenerkrankungen, wie z.B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, Herz- & Gefäßerkrankungen, etc.?
Nein Ja, Welche: _____

Gibt es vom ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen die wir beachten müssen, bzw. Bewegungen/ Sportarten/ Aktivitäten die Sie nicht ausführen dürfen?
Nein Ja, Welche: _____

2. persönliche Situation

Sind Sie im Moment in ihrem Alltag oder Bezug auf Ihre Erkrankung gestresst?
Nein JA ängstlich: Nein Ja depressiv: Nein Ja überfordert; Nein Ja

Aufgrund welcher Beschwerden kommen Sie zu uns?

Haben Sie Schmerzen? Nein Ja
ziehend stechend klopfend reißend einschießend

Haben Sie Schmerzen beim: Husten Niesen Pressen/Schlucken? Nein

Kreuzen Sie die Intensität Ihrer Schmerzen an
 (0 = keine, 10 unerträgliche Schmerzen) 1 2 3 4 5 7 8 9 10

Wann treten Ihre Schmerzen auf? zeitabhängig in Ruhe belastungsabhängig

Ist die Beweglichkeit verändert? Nein Ja, Welche: _____

Ist Ihre Sensibilität verändert? Nein Ja Kribbelerscheinung Taubheit

Haben Sie einen Kraftverlust? Nein Ja

Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? _____

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, verstärkt oder vermindert?
 (bei welchen Bewegungen, Tätigkeiten, Wärme, Kälte, etc.)

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Nein Ja Unfall/Sturz Operation

Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz. etc.)?
Nein Ja, Welche: _____

Welche Maßnahmen zur Diagnostik/ Therapie wurde bisher durchgeführt
 Röntgen CT MRT Blutentnahme Physiotherapie
 Sonstiges: _____

Hatten Sie in den letzten Jahren Unfälle oder sind schwer gestürzt?

Welche Erwartungen und Ziel möchten Sie mit unserer Hilfe erreichen?

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, das der Fragebogen im Rahmen meiner Behandlungsdokumentation erstellt und EDV- gestützt gespeichert wird.

 Ort/Datum

 Unterschrift des Patienten/ gesetzlicher Vertreters