

## Heilpraktikerin für Physiotherapie

## Manuela Imminger

Gebbertstraße 54 91052 Erlangen

Tel.: 09131-940 29 63 Fax: 09131-940 29 64

www.physiotherapie-imminger.de

behandlung@physiotherapie-imminger.de

## Anamnesebogen

Bitte füllen sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen sie ihn, falls nötig mit ihren Angehörigen. Ihre Antworten erleichtern es, die richtige Diagnose zu stellen und die beste Behandlung, bzw. Heilmittel, für sie auszuwählen.

Bitte verwenden sie beim Ausfüllen Druckbuchstaben.

Alter: Welche Be	Beruf:			G					
Welche Be	schwer		Geb.datum:			Fan	Kinder:		
	<b></b>	den füh	ren sie	zu uns	in die	Praxis?	?		
	-1 11	O! - O							
Welches Zi	el habe	n Sie?							
<b>N</b> as erwar	en Sie	von mi	r?						<del> </del>
Nie stark b	elastet	sie die	Erkran	kung, d	die sie z	zu uns 1	führt? E	Bitte markieren sie	hierzu auf de
								ft (1= trifft kaum zu	
stark zu)									
ch habe S	chmerz	en:							
1 2	3	4	5	6	7	8	9	10	
kein Schme	rz							unerträglicher Sc	hmerzen
ch hin seh	r hesor	at und	hahe a	rake Ar	nast vo	r einer	Verschl	limmerung:	
		•						•	
1 2 trifft wenig z	3	4	5	6	7	8	9 trifft	10 sehr zu	
J						_			
ch leide ka	ium, mõ	ochte a	ber ber	nandelt	werder	n, um Fo	olgesch	iäden zu vermeid	en:
1 2	-	4	5	6	7	8	9		
trifft wenig z	:u						trifft	sehr zu	
ch komme	ledigli	ch vorb	eugeno	d, im Gr	oßen u	ınd Gan	zen bin	ich gesund:	
1 2	3	4	5	6	7	8	9	10	
trifft wenig z	:u						trifft	sehr zu	
Ritta basal	raibar	Sia ih=	n Cahm	0r70n/E	Roschu-	ordon a	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	No2 Wio2 Soit wa	nn? Zu wolch
								No? Wie? Seit wa sie nicht? Was lind	
. 49002011:	_0. 11010	J. 101 DO		,, ~~vv. /				mone. wao iina	

## Haben sie zur Zeit weitere Erkrankungen? Ja:(siehe Liste) Nein: Erkrankung: Seit: In Behandlung? Ja nein Welche Medikamente haben sie in den letzten 3 Monaten eingenommen? Kein Medikament: folgende Medikamente:\_\_\_\_(siehe folgende Liste) Ich nehme: Medikament: Seit: Dosierung: Blutvredünner: Bluthochdruckmittel: Schmerzmittel: Magensäureblocker: Entwässerungstbl.: Was unternehmen Sie derzeit um ihre Beschwerden zu lindern? Erkrankung: Maßnahme zur Linderung: Welche bedeutsamen Erkrankungen hatten sie schon? Erkrankung: Genaue Bezeichnung: Jahr/Zeitpunkt: Besteht die Erkrankung noch? Herz/Kreislauf Lunge Leber Niere Magen/Darm/Trakt Schilddrüse Wirbelsäule Gelenke/Extremitäten Allergien Infektionserkrankungen Sonstige Welche Kinderkrankheiten hatten sie schon?

Masern	Ja	nein
Windpocken/Wasserpocken/Feuchtblattern	Ja	nein
Keuchhusten	Ja	nein
Mumps/Ziegenpeter	Ja	nein
Scharlach	Ja	nein
Röteln	Ja	nein

Erkrankung		Elternteil, Bruder, Schwester, e			etc. Alter bei Auftreten		
Sind nahe Verwandte v Nein: Ja:(s		rankheite	en versto	rben?			
Verwandter:	Krank	cheit:		A	Alter:		
Wurden Sie schon einn	nal operiert? N	Nein:	_ Ja:	(siehe L	iste)		
Art der OP:	Zeitpu	nkt:		Verlauf:			
				Gut:	Schlecht:		
Hatten sie Unfälle? Nei	n: Ja:	(siehe	e Liste)				
Art:	Jahr:			D	Dauer der Rehabilitation		
Krankenhausaufenthalt	:e? Nein:	_ Ja:	_(siehe	Liste)			
Grund:	Jahr:			D	Dauer? (etwa)		
Rauchen sie? Nein: Ja: (bei	ia weitere Ang	ahen macl	nen) nur (	eines ankre	euzen		
` ` .			ŕ				
Zigaretten: täglich □ w Zigarren: täglich □ w Pfeife: täglich □ w		gelegentlic	h 🗆 Me	enge:			
Trinken sie Alkohol? Nein: Ja: (bei	ja weitere Anga	aben macl	nen)				
Bier: täglich 🗆 v Wein: täglich 🗆 v Spirituosen: täglich 🗆 v		gelegentl	ich 🗆 M	lenge:	_		
Beschreiben sie ihr Allt	agsverhalten						
lch esse sehr schnell:							
1 2 3 4 trifft wenig zu	5 6	7	8	9 10 trifft sehr z			

1 2 3	Jiich) Si 4	u <b>ises:</b> 5	6	7	8	9 10 trifft sehr zu
trifft wenig zu						
Ich bin Vegetarier:		lch bii	n Vegai	ner:		Ich esse Vollkost:
1 2 3 trifft wenig zu	lls <b>2,5 L</b> 4	i <b>ter nic</b> 5	<b>ht alko</b> 6	holisch 7	e Flüs 8	ssigkeit: 9 10 trifft sehr zu
Ich habe Stuhlgang täglich □ alle 2	: <b>(bitte</b> Γage □		<b>e Mögli</b> e 3 Tage			<b>uzen)</b> 4 Tage □ seltener □
1 2 3 trifft wenig zu	den bei 4	<b>m Was</b> 5	s <b>erlass</b> 6	<b>en:</b> 7	8	9 10 trifft sehr zu
Mein Schlaf ist ruhi 1 2 3 trifft wenig zu	g und e 4	e <b>rholsa</b> r 5	<b>m:</b> 6	7	8	9 10 trifft sehr zu
In meinem Beruf bir 1 2 3 trifft wenig zu	n ich zu 4	i <b>frieden</b> 5	und fü 6	ihle mid 7	ch erfo 8	olgreich: 9 10 trifft sehr zu
Mit meinem Privatle 1 2 3 trifft wenig zu	eben bir 4	n ich zu 5	<b>friede</b> n 6	und gl	lücklid 8	ch: 9 10 trifft sehr zu
Welchen Sport betr	eiben s	ie regel	lmäßig:	:		
Sportart:			Hä	ufigkeit	(Stund	den/Minuten pro Woche):
Welche weiteren Inf mitteilen?	formatio	onen zu	ı ihrer E	Erkrank	kung h	nalten sie für wichtig und möchten sie