

Name

Anamnesebogen der Praxis für Physiotherapie und Naturheilkunde Ursula Nieß

Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns:

--

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen (stechend, brennend, bohrend, reißend, ...):

--

Treten die Beschwerden regelmäßig oder in einem bestimmten Schema auf? Seit wann?

--

Was bessert/verschlechtert Ihre Beschwerden?

--

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft. Die linke Spalte ist für frühere Beschwerden, die rechte Spalte bezieht sich auf aktuelle Beschwerden. Wenn frühere Beschwerden auch heute noch bestehen, bitte beide Spalten ankreuzen. Bei Wahlmöglichkeiten bitte Zutreffendes unterstreichen/umkreisen.

ALLGEMEINES			
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen: täglich/wöchentlich/monatlich Wo lokalisiert?	<input type="checkbox"/>	Sehstörungen
<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	Allergien
<input type="checkbox"/>	Probleme mit dem Einschlafen/Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	Nachtschweiß
<input type="checkbox"/>	Gewichtsveränderungen: Zunahmen/Abnahmen	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenprobleme
<input type="checkbox"/>	Kloßgefühl/trockener Mund	<input type="checkbox"/>	Besteht eine erbliche Vorbelastung: Tumore, Diab. mell., rheumat. Erkrankungen, Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit: ständig/morgens/mittags/abends	<input type="checkbox"/>	
ATEMWEGE/HALS-NASEN-OHREN			
<input type="checkbox"/>	Asthma/Atemnot	<input type="checkbox"/>	Nasennebenhöhlenentzündungen
<input type="checkbox"/>	chronischer Husten/Erkältung	<input type="checkbox"/>	Ohrensausen
<input type="checkbox"/>	Halsschmerze /Entzündungen	<input type="checkbox"/>	
HERZ UND GEFÄßE			
<input type="checkbox"/>	hoher/niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Beklemmungen/Schmerzen in der Brust
<input type="checkbox"/>	kalte Hände/Füße	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen
<input type="checkbox"/>	unregelmäßiger Herzschlag	<input type="checkbox"/>	Krampfadern
NIEREN/HARNLEITER			
<input type="checkbox"/>	Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	Prostatabeschwerden
<input type="checkbox"/>	Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	Inkontinenzprobleme
<input type="checkbox"/>	Nierenentzündung/Nierensteine	<input type="checkbox"/>	
MAGEN/DARMTRAKT			
<input type="checkbox"/>	Verstopfung Durchfall	<input type="checkbox"/>	Übelkeit

	Blähungen/Bauchschmerzen/Krämpfe		Lebensmittelunverträglichkeiten
	Sodbrennen/Aufstoßen		Darmentzündung/Blutung
Muskeln/Gelenke			
	Verspannungen/Muskelschmerzen		Sensibilitätsstörungen (eingeschlafene Hände/Arme oder Füße/Beine)
	Gelenkschmerzen		Schmerzen/ausstrahlende Schmerzen Wo?
	Bewegungseinschränkungen		Rheuma
HAUT			
	Ekzem/Ausschlag/Neurodermitis		spröde Fingernägel
	schnell blaue Flecken		Juckreiz/Jucken
	Schwitzneigung/trockene Haut		Haarausfall/sprödes Haar
PSYCHE			
	Psychosomatische Probleme		Psychologische Betreuung
VERFASSUNG			
	nervös, depressiv, unkonzentriert, vergesslich, ängstlich, ständig grübeln, lustlos, traurig, ohne Selbstvertrauen, unentschlossen		

FRAU			
	Schwangerschaft		
	Kinder		
	Dammschnitt		
	Kaiserschnitt		
	Einnahme Pille		
	Spirale		
	Alter erstmalige Menstruation		
	schmerzhafte/unregelmäßige Menstruation		
	schmerzhafte Brüste		
	prämenstruelles Syndrom		
	Endometriose		
	Gebärmuttersenkung/Blasensenkung		

Organisatorisches:

Wir werden von den gesetzlichen Krankenkassen für 15 – 25 Minuten Behandlungszeit bezahlt. In unserer Praxis planen wir für die Verordnung von Krankengymnastik oder Manueller Therapie deshalb genau die Mitte, nämlich 20 Minuten ein. Eine Behandlungszeit von 30 Minuten wäre effektiver! Nach dem Erstbefund können die Therapeutinnen/der Therapeut mit Ihnen besprechen, welche ergänzenden Maßnahmen (Wärme-, Elektrotherapie,...) Ihre Behandlung sinnvoll unterstützen können. Wenn Sie Interesse an einer Verlängerung der Behandlungszeit oder den Behandlungsformen haben, sprechen Sie bitte die Anmeldekräfte oder die behandelnde Therapeutin / den behandelnden Therapeuten an. Gerne schnüren wir gemeinsam mit Ihnen ein individuelles Behandlungspaket.

Wir würden uns freuen, wenn Sie zur Unterstützung Ihres Behandlungserfolges unser Angebot annehmen.

<input type="checkbox"/>	Interesse
--------------------------	-----------

Danke für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam