



Anamnesebogen

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: Familienstand:

Beruf: Kinder:

Körpergröße: Körpergewicht:

Hausarzt/Facharzt/Therapeut:

Grund des Besuches:

Akute Beschwerden:

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wo schmerzt es? Ausstrahlung?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Bisherige Behandlung?

Wann treten die Schmerzen auf? (bitte ankreuzen und nicht Zutreffendes streichen)

- Tag / Nacht
- Ruhe / Belastung

Was verschlimmert den Schmerz? (z.B. Stress, Kälte, Wärme, Tageszeit, Husten usw.)

.....

Was lindert den Schmerz? (z.B. Ruhe, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel)

.....

Gibt es Begleiterscheinungen/Begleitsymptome? (z.B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, Schweißbildung)

.....

Wie fühlen Sie den Schmerz? (z.B. ziehend, dumpf, krampfartig, kolikartig, stechend, klopfend, drückend)

.....

Bitte kreuzen Sie in den Abbildungen an, wo sich Schmerzen haben und tragen mit der Zahl (von 1 bis 10) dahinter ein, in welcher Intensität (1 = leichter Schmerz, 10 = starke Schmerzen). Narben mit einem roten Stift kennzeichnen!



