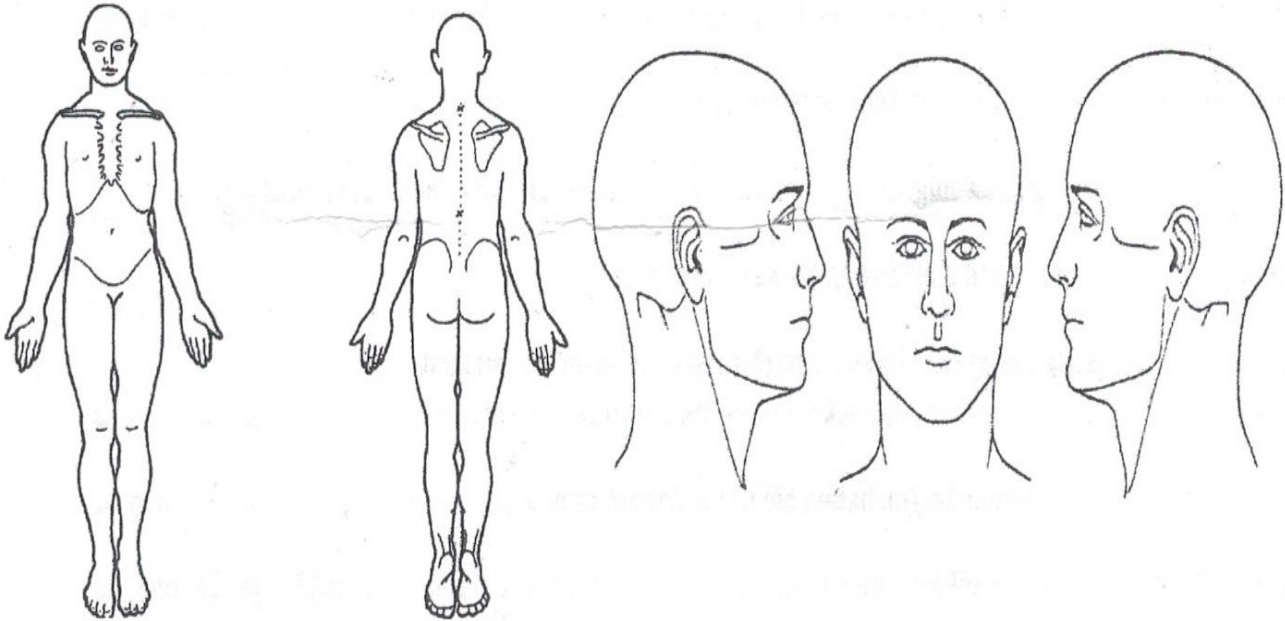


- 3 -
Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

1) **Wo** haben Sie Ihre **Probleme**? (bitte anzeichnen):



zwei Waagen-Test: (wird vom Therapeuten ausgefüllt) links: _____ rechts: _____

2). Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**? _____

3). **Wie lange** haben Sie diese **Beschwerden** schon? _____

4). Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell**? (bitte einkreisen) : 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

5). Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja, _____ nein

6). Ist Ihre **Sensibilität** verändert? Brennen Kribbeln Taubheit Nadeln Überempfindlichkeit schmerzhafte Kälte elektrische Schläge nein

7). Sind Ihre **Hauptbeschwerden** kombiniert mit folgenden Merkmalen:
Kribbeln: ja nein **Pieksen**: ja nein **Taubheitsgefühl**: ja nein **Juckreiz**: ja nein

8). Ist Ihre **Kraft** verändert? Kraftlosigkeit Lähmung nein

9). Haben Sie Ihre Beschwerden: **permanent / lageunabhängig** **mit Unterbrechung**

10). Im Verlauf meiner Erkrankung sind meine Beschwerden tendenziell: **besser** **schlechter** **gleichbleibend**

11). Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden? Sturz Unfall etc. _____ nein

12). Was **verbessert** (bitte einkreisen) bzw. **was verschlechtert** (bitte unterstreichen) Ihre Beschwerden?

Aktivität Ruhe Liegen Sitzen Aufstehen vom Sitzen Bücken Beugen Stehen Gehen Laufen
Heben Tragen Überkopfarbeit Hand auf den Rücken Greifen Arbeit Hobby Sport Reiben

13). Wann treten die Beschwerden **vorwiegend** auf: morgens mittags abends nachts

14). Haben Ihre Schmerzen im Verlauf der letzten 2 Wochen **zeitweise ausgestrahlt**? ja nein

15). Haben Sie im Verlauf der letzten 2 Wochen an **anderen Stellen Schmerzen**? ja nein

bitte wenden!

- 16). Wegen meiner Schmerzen bin ich in den letzten 2 Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ja nein
- 17). Während der letzten 2 Wochen habe ich mich wegen der Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ja nein
- 18). Ich mach mir in den letzten 2 Wochen **häufig Sorgen**. ja nein
- 19). Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ja nein
- 20). Im Allgemeinen habe ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ja nein
- 21). Insgesamt wie **störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten zwei Wochen?
 überhaupt nicht **wenig** **mäßig** **stark** **äußerst stark**
- 22). Leiden Sie an: **Gang-, oder Gleichgewichtsstörungen** **Schwindel** **Übelkeit**
 Ohnmachtsanfällen **Benommenheit** **Schluckbeschwerden**
 Doppelbildern **Kopfschmerzen** _____
- 23). Leiden Sie an: **Atemwegserkrankung** (z. B. Asthma) **Stoffwechselstörungen** (z. B. Diabetes)
 Osteoporose **Autoimmunerkrankungen** (z. B. Rheuma)
 Erkrankung des Herzkreislaufsystems (z. B. Bluthochdruck)
 andere Erkrankungen _____ nein
- 24). Welche **Medikamente** nehmen Sie momentan oder dauerhaft ein?: _____ keine
- 25). Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja, _____ nein
- 26). Haben Sie **Allergien**? ja, _____ nein
- 27). Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
- 28). Hatten Sie in den letzten Wochen: **Fieber** **nächtliches Schwitzen** **extremes Schwitzen**? nein
- 29). Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und / oder **Operationen**? ja, _____ keine
- 30). Haben Sie **sonstige Beschwerden**: Sehprobleme Sprechprobleme Hörprobleme Inkontinenz
 Verstopfungen morgendliche Steifheit leichte Blutergüsse Kurzatmigkeit Krämpfe keine
- 31). Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche: _____ nein
Entbindung(en) ja nein Kaiserschnitt ja nein
- 32). Welche **Maßnahmen** zur Diagnostik oder Therapie wurden bereits durchgeführt?
 Röntgen MRT CT Spritze Massage Physiotherapie Reha/ Rehasport
 Akupunktur Thaimassage Anderes _____ keine
- 33). Sind Sie in den vergangenen 6 Wochen chiropraktisch andernorts behandelt worden? ja nein
- 34). Sind Ihnen **anatomische** und/oder **internistische** Risikofaktoren bzw. Fehlstellungen
(wie z. B.: Blockwirbel / Aneurysma / Epilepsien / Skoliose / Hüftdysplasie / Familienanamnese) bekannt?
 ja, _____ nein
- 35). Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Notizen / Anmerkungen (von der Praxis auszufüllen):

