

## Anamnesebogen der Physiotherapie Coumans

### Sehr geehrte(r) Patient\*in,

Es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Die Fragen beziehen sich dabei auf Ihr Hauptproblem.

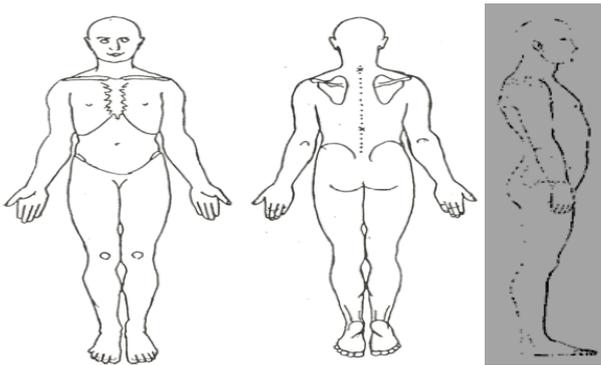
Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht.

Hobby/ Sport:

berufliche Tätigkeit:

Häusliche Situation:

### 1. Wo haben Sie Beschwerden? (Bitte einkreisen)



2. Haben Sie Schmerzen? ja  nein

3. Wie stark sind die Schmerzen **aktuell**? (zutreffendes bitte einkreisen)  
(kein Schmerz) 0 - 1- 2 - 3 - 4 - 5- 6- 7- 8 - 9 - 10 (maximaler Schmerz)

4. Ist ihre Beweglichkeit verändert? ja  nein

5. Ist Ihre Sensibilität verändert? (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Empfindlichkeit) ja  nein

6. Ist ihre Kraft verändert? (Kraftlosigkeit/Lähmung) ja  nein

7. Was sind ihre Hauptbeschwerden im Alltag?

---

8. Wie lange haben Sie die Beschwerden schon?

---

9. Was verbessert Ihre Beschwerden? (zutreffendes bitte einkreisen)

Wärme/Kälte/ Bewegung/ Ruhe/ Belastung/ Entlastung /Liegen/Sitzen/Aufstehen/  
Bücken/ Beugen/Stehen/ Gehen/Laufen/ Heben/ Tragen/ Überkopfarbeit/Greifen/  
Arbeit/ Hobby/ Sport/morgens/mittags/abends/ sonstiges:\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie die nächste Seite!**

1 Was verschlechtert Ihre Beschwerden? (zutreffendes bitte einkreisen)  
0 Wärme/Kälte/ Bewegung/ Ruhe/ Belastung/ Entlastung /Liegen/Sitzen/Aufstehen/  
Bücken/ Beugen/Stehen/ Gehen/Laufen/ Heben/ Tragen/ Überkopfarbeit/Greifen/  
Arbeit/ Hobby/ Sport/morgens/mittags/abends/ sonstiges: \_\_\_\_\_

**Zur Beantwortung der Fragen 11 bis denken Sie bitte nur an die vergangenen 2 Wochen**

- 1 Wie stark sind die Schmerzen **im Durchschnitt**? (zutreffendes bitte einkreisen)  
1 (kein Schmerz) 0 - 1- 2 - 3 - 4 - 5- 6- 7- 8 - 9 - 10 (maximaler Schmerz)
- 1 Sind Sie oft unsicher, wie Sie mit Ihrem Schmerzzustand umgehen sollen? ja  nein   
2
- 1 Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen stark durch Ihre Schmerzen gestört  
3 gefühlt? ja  nein
- 1 Konnten Sie aufgrund Ihrer Schmerzen nur kurze Wege gehen? ja  nein   
4
- 1 Hatten Sie störende Gelenk- oder Muskelschmerzen an mehr als einem Körperteil? ja  nein   
6
- 1 Denken Sie, dass Ihr Zustand lange anhalten wird? ja  nein   
7
- 1 Haben Sie andere bedeutsame Gesundheitsprobleme? ja  nein   
8
- 1 Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen aufgrund von Schmerzen niedergeschlagen  
9 oder depressiv gefühlt? ja  nein
- 2 Denken Sie, dass es für jemanden in Ihrem Zustand schädlich ist, körperlich aktiv zu  
0 sein? ja  nein
- 2 Haben Sie Ihre derzeitige Schmerzproblematik seit 6 Monaten oder länger? ja  nein
- 2 Weist Ihr Schmerz einen der folgenden Merkmale auf? ja  nein   
2
- Brennen ja  nein
  - Gefühl der schmerzhaften Kälte ja  nein
  - elektrische Schläge ja  nein
- 2 Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen im selben  
3 Körperbereich auf?
- Kribbeln ja  nein
  - Piksen ja  nein
  - Taubheitsgefühl ja  nein
  - Juckreiz ja  nein
- 2 Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent / mit Unterbrechungen? (bitte einkreisen) ja  nein   
4

- 2 Sind Ihre Beschwerden: besser werdend/gleich bleibend/schlechter werdend/variabel? ja  nein   
5 (bitte einkreisen)
- 2 Haben Sie aktuell Ruhe-/Nacht-/Dauerschmerzen? (bitte einkreisen) ja  nein   
6
- Bitte beachten Sie die folgende Seite**
- 2 Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Blasenschwäche, ja  nein   
7 Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen, Benommenheit, Fieber, extremes  
nächtliches Schwitzen, Schluckbeschwerden oder Doppelbilder? (zutreffendes bitte  
einkreisen)
- 2 Leiden sie unter Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfungen, morgendliche ja  nein   
8 Steifheit, leichte Blutergüsse, Kurzatmigkeit oder Krämpfe?  
(zutreffendes bitte einkreisen)
- 2 Nehmen Sie momentan Medikamente ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, usw.)? ja  nein   
9 \_\_\_\_\_
- 3 Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja  nein   
0
- 3 Sind Sie Asthmatiker-in, Diabetiker-in, haben Sie Osteoporose oder andere ja  nein   
1 Erkrankungen?
- 3 Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? ja  nein   
2
- 3 Hatten Sie einen Unfall/Trauma/Sturzattacke/OP, der im Zusammenhang mit ihren ja  nein   
3 Beschwerden stehen könnte?
- 3 Gibt es große Narben? ja  nein   
4
- 3 Rauchen Sie? ja  nein   
5
- 3 Bewegen Sie sich pro Woche ja  nein   
6
- 3 150 Minuten bei niederer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden ist noch möglich)? ja  nein   
7
- 3 75 Minuten bei höherer Intensität (Herzfrequenz erhöht, Reden wird unmöglich)? ja  nein   
8
- 3 Machen Sie 2x in der Woche Krafttraining? ja  nein   
9
- 4 Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? ja  nein   
0
- 4 Können Sie nachts durchschlafen? ja  nein   
1
- 4 Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?  
2 Röntgen/Computertomographie/Kernspin/Spritze/Massage/Physiotherapie/Training/  
Anderes (zutreffendes bitte einkreisen)  
\_\_\_\_\_
- 4 Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie? \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben diesen Fragebogen auszufüllen.