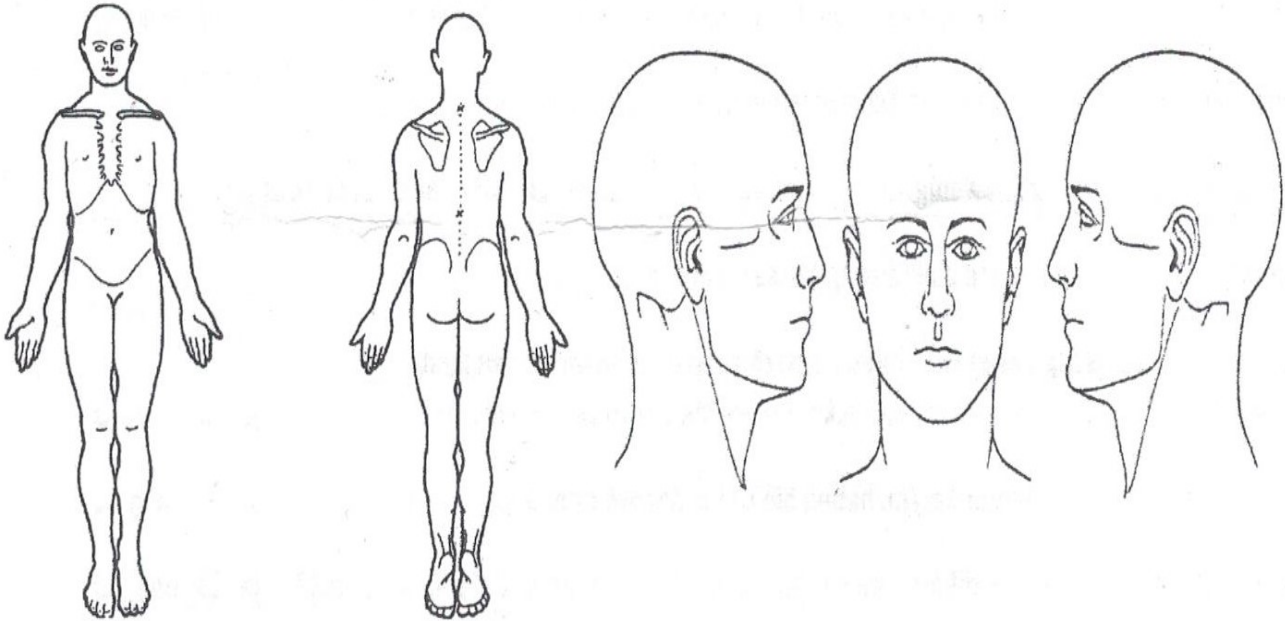


- 3 -
Anamnesebogen

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):

