

Anamnese Bewegungsapparat

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

Ausfülldatum: _____

1.) Anlass (Hauptsymptomatik):

- Schmerzlokalisierung (wo):

- Schmerzart (stechend, ziehend, brennend, dumpf):

- in Ruhe/Bewegung/Belastung/permanent:

2.) mögl.Ursache (eigene Einschätzung):

- gab es ein Trauma? Wenn ja, wann?

- Überlastung (dauerhaft gleiches Bewegungsmuster)?

- Arbeit (z.B. vornehmlich sitzende Tätigkeit)?

3.) Vorerkrankungen:

- Krankenhausaufenthalt?

- Operationen?

- Allergien bekannt?

- in zahnärztlicher Behandlung bzw. regelmäßige Vorsorge?

- „Was bisher geschah“ (auch wenn es lange her ist!):
(z. B. Bandscheibenvorfall /"Hexenschuß"/ „Tennisarm"/Zerrungen/umgeknickt/ Zahn- bzw. Kiefer-Probleme)

4.) Medikamente:

- Vom Arzt verschrieben (Name/seit wann):
- Gelegentlich z. B. Schmerzmittel:

5.) Bewegung/Ernährung

- Bewegung im Alltag (z.B. Radfahren, Treppensteigen)
- Sport: 1-3 x pro Woche, Sportart
 mehr als 3 x pro Wo., Sportart
- Ernährung:
 - *Kaffee/Tag?*
 - *Fleischkonsum?*
 - *Süßigkeiten?*
- Unverträglichkeiten?
- Alkoholkonsum (tägl./ x-mal wöchentl./ selten/ nie)?
- Rauchen (wieviel tägl und seit wann)?

6.) Familiäre Disposition:

- Ähnliche Symptomatik in der Familie festgestellt?
- Krebserkrankungen in der Familie bekannt?

7.) Sozialanamnese:

- Familiäre Situation (Familienstand/ Beziehung/Kinder)

- Arbeit (Stress/Reiseverhalten)

- Freunde/ Kontakte/ zufrieden damit?

Vielen Dank für das Ausfüllen des Bogens vor unserem ersten Treffen!

Mit dem Zurücksenden bestätigen Sie mir, dass ich diese Daten speichern und für meine Therapie nutzen darf.

Hingegen versichere ich, dass ich der Schweigepflicht unterliege (außer vor Gericht). Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!

Ihre
Urte Janssen