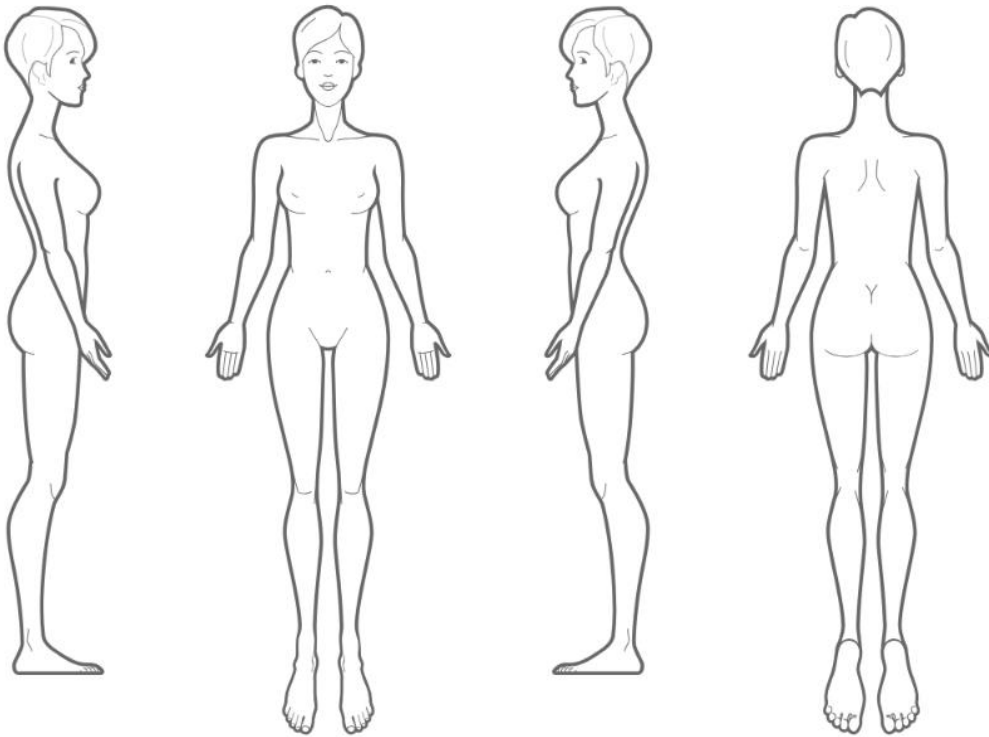


Anamnesebogen

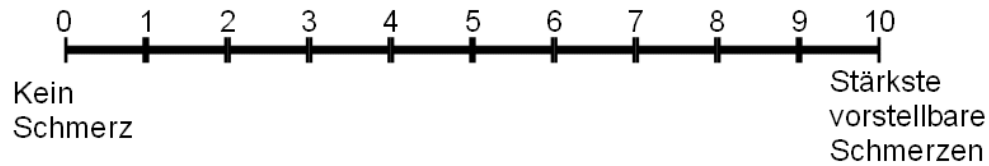
Welche Beschwerden oder Anliegen führen Sie heute zu mir?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Bitte markieren Sie alle betroffenen Bereiche im Körperschema



Schmerzstärke (aktuell, 0–10)



Wie sind die Beschwerden entstanden?

- ☐ Plötzlich (Bspw. nach erlittenem Trauma)
- ☐ Langsam, schleichend
- ☐ Wiederkehrendes Problem
- ☐ Anders

Sind die Beschwerden schon früher aufgetreten?

- ☐ Nein, zum ersten Mal
- ☐ Ja, gelegentlich
- ☐ Ja, regelmäßig / chronisch

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

- ☐ HWS/ Nackenbeschwerden
- ☐ BWS/ obere Rückenbeschwerden
- ☐ LWS/ untere Rückenbeschwerden
- ☐ Becken / Steißbein / Kreuzbein / Iliosakralgelenk (ISG)
- ☐ Schulter/ Schultergelenk
- ☐ Arm / Ellbogen / Hand
- ☐ Hüfte
- ☐ Knie
- ☐ Fuß / Sprunggelenk
- ☐ Kiefergelenk (z.B. CMD / Knirschen / Knacken/ Pressen)
- ☐ Tinnitus
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Schwindel
- ☐ Parästhesien (Kribbeln/ Taubheit)
- ☐ Motorische Störungen/ Schwäche
- ☐ Organprobleme
- ☐ Probleme beim Wasserlassen

- ☐ Schmerzhaftes Periode
- ☐ Andere: _____
- ☐ Keine

Bitte kreuzen Sie alle bekannten Erkrankungen und früheren Verletzungen an

- ☐ Osteoporose / Osteopenie
- ☐ Frakturen / Knochenbrüche
- ☐ Luxationen, z.B. ausgekugelte Schulter
- ☐ Gefäß- / Herz - Kreislauferkrankungen, z.B. Thrombose, Schlaganfall, Herzinfarkt
- ☐ Tumorerkrankungen
- ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen, z. B. rheumatoide Arthritis oder Morbus Bechterew
- ☐ Wirbelkanal - / Neuroforamenstenose
- ☐ Neurologische Erkrankungen oder Erkrankungen des Rückenmarks
- ☐ Andere: _____
- ☐ Keine bekannt

Bisherige Behandlungen

- ☐ Physiotherapie
- ☐ Chiropraktik
- ☐ Osteopathie
- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Medikamente/ Spritzen
- ☐ Operationen
- ☐ Andere
- ☐ Keine

Liegen Röntgenaufnahmen, MRT oder CT-Bilder vor?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja: Welche Untersuchungen und wann?

Gesundheitsanamnese

Aktuelle und frühere Erkrankungen, Verletzungen und Operationen (bitte mit ungefährender Zeitangabe)

Aktuelle Medikamentenliste (Name, Dosis, Grund)

Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unsicher

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?

Lebensstil und Alltag

Wie ist Ihre körperliche Aktivität im Alltag?

- ☐ Überwiegend sitzend (Büro, Computer, Auto)
- ☐ Überwiegend stehend
- ☐ Körperlich aktive Arbeit
- ☐ Wechselnd

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja: Welche Sportarten und wie oft?

Erleben Sie starken Stress in Ihrem Alltag?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unregelmäßig

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Information

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet, und welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. Zweck der Datenerhebung:

Die Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten (Anamnese) ist für eine fachgerechte und sichere Behandlung/Beratung zwingend erforderlich.

2. Schweigepflicht & Weitergabe:

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe an Dritte (z. B. an Labore, überweisende Ärzte) erfolgt nur, wenn dies für Ihre Behandlung notwendig ist, Sie ausdrücklich eingewilligt haben oder wenn eine gesetzliche Verpflichtung oder Erlaubnis dazu besteht.

3. Freiwilligkeit:

Die Beantwortung der Fragen auf dem Anamnesebogen erfolgt freiwillig. Sie können einzelne Fragen auslassen oder im direkten Gespräch mit der Behandlerin klären.

4. Widerrufsrecht:

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen. Ich willige ein, dass meine Daten zum oben genannten Zweck in der Praxis erhoben und elektronisch gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum, Ort

Unterschrift



Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

Kontakt

+4915568221297

info@atlas-praxis.de

www.atlas-praxis.de