

## ANAMNESEBOGEN

(bitte ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen)



**Datum:**

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Ich möchte mit folgendem Namen angesprochen werden:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

**Email:**

**Sozialversicherungsanstalt, Krankenkasse:**

**Sozialversicherungsnummer:**

**Körpergröße:**

**Körpergewicht:**

---

### Zuweisende/r Arzt\*In

Name:

Fachrichtung:

Adresse:

---

### Verordnung

Verordnungsdatum:

Diagnose:

Anzahl der Therapieeinheiten:

Leistungsart (Therapieart):

Behandlungsdauer:

---

### Mobilität

Ich bin mobil  ja  nein

wenn nein → ich verwende folgende Hilfsmittel  Gehstock  Krücken  Rollator  Rollstuhl

---

### Lagerungsposition

Ich kann die Behandlung in folgender Lagerung (Position) durchführen  im Sitzen  in Rückenlage  in Bauchlage  in Seitenlage

---

### Medikation

Ich nehme derzeit folgende Medikamente

regelmäßig: .....

bei Bedarf: .....

---

### Allergien

Ich hatte schon einmal eine allergische Reaktion auf  Medikamente  Kontrastmittel  Salben, Öle

Ich habe bekannte Allergien gegen: .....

- Ich besitze einen Anaphylaxiepass  Ich habe ein Notfallset  Ich leide an allergischem Asthma
- Ich leide an Heuschnupfen  Ich leide an Unverträglichkeiten (Laktose, Fruktose, Histamin, u.ä)

---

**Bei mir waren oder sind Probleme/ Erkrankungen in folgenden Bereichen bekannt**

Atmung

- Ich bekomme in Bauchlage schwer Luft (z.B. Nebenhöhlenproblem)  Bronchien, Lunge  COPD
- Asthma bronchiale → wenn Asthma bronchiale:  ich habe einen Asthmaspray dabei
- andere: .....

Bauchraum

- Darm  Leber  Magen  Milz  Bauchspeichendrüse  Gallensteine  Niere, Harntrakt  Genitaltrakt
- Reflux  Sodbrennen  Gastritis  Geschwür  Verstopfung  Durchfall  Reizdarm
- andere: .....

Stoffwechselerkrankungen

- erhöhte Blutfettwerte  Diabetes Typ I, II, III  Schilddrüsenerkrankung
- Osteoporose → wenn ja: letzte Knochendichtemessung am: .....
- andere: .....

Herz-Kreislaufsystem

- Bluthochdruck  niedriger Blutdruck  Arteriosklerose  Angina pectoris  Herzinfarkt  Herzinsuffizienz
- Herzklappenfehler (Stenose, Insuffizienz, künstliche Klappe)  Herzschrittmacher  Kunstherz
- andere: .....

Hautprobleme

- frische Verletzungen oder Verbrennungen  Muttermale/ Muttermalentfernungen  Neurodermitis  Psoriasis
- Ekzeme  Narben  Wetterempfindlichkeit  Schmerzen  Jucken  Ziehen
- andere: .....

Gefäßkrankungen

- Varizen  Thrombose  Lymphgefäßprobleme  PAVK  bekanntes Aneurysma  Arteriosklerose
- andere: .....

Neurologische, psychische/psychiatrische Erkrankungen

- Epilepsie  Depression  Psychose  Bipolar  Borderline  Neurodivers/ Neurodivergent  Morbus Parkinson
- (Poly)neuropathie  ME/CFS/long COVID  Multiple Sklerose  Insult (Schlaganfall)
- andere: .....

Erkrankungen des Bewegungsapparates

- Arthrose  Arthritis  Luxation  künstliches Gelenk  Band-/ Sehnenverletzung  Muskelproblematik
- Bandscheibenproblem  Rückenmarksverletzung  Gleitwirbel  Wirbelkörpereinbrüche
- Segmentversteifung/ Platten
- andere: .....

Krebserkrankung

- ja  nein

wenn ja → welcher Tumor: .....

wann: .....

Behandlung:  Operation  Chemotherapie  Bestrahlung

Aktive Infektionserkrankungen

- Infektanfälligkeit  Impfung in den letzten 3 Tagen  Herpes  Hepatitis B oder C  HIV  Fieber  
 andere: .....

Autoimmunerkrankungen

- ja  nein  
wenn ja → welche: .....

Zähne und Kiefer

- Wurzelbehandlungen  häufige Entzündungen im Mundraum  Zahnfleischprobleme  Paradontose  
 bekannte Kieferfehlstellungen  Amalgambloßen  Kieferfraktur  
 andere: .....
- 

**Fremdkörper im/ am Körper**

- Transplantate  Implantate  Prothesen  Herzschrittmacher  Schmerzpumpen  Defibrillator  Splitter  
 künstliche Gelenke  Metall, Schrauben, Verplattungen  Stent/Shunt/Bypass  Insulinpumpe  
 Spirale /Goldkettchen  Depotpflaster  Medikamentenstäbchen  Sensorpatches (z.B: Blutzucker)  
 andere: .....
- 

**Weitere medizinische Fragen**

subjektives Stressempfinden von 1 bis 10 (1 niedrig/ 10 hoch): .....

Schlafqualität  regelmäßig, erholsam  unregelmäßig (z.B. Schichtdienst)  Einschlafstörungen  
 Durchschlafstörungen  Nachschweiß

Neigung zu  Kopfschmerzen  Migräne  Hämatom (blaue Flecken)  erhöhte Schmerzempfindlichkeit  
 Schwindel  Übelkeit  Kreislaufprobleme

Rauchen (auch Ersatzmittel Heets, Vapen, u.ä.)

ja  nein → wenn ja, wieviel: .....

Alkohol

ja  nein → wenn ja, wieviel: .....

besteht derzeit eine Schwangerschaft  ja  nein  unsicher

---

**Spitalsaufenthalte**

Unfälle, Verletzungen, Knochenbrüche (wann und welche?):

Spitalsaufenthalte (wann und welche? Interne, Onkologie, HNO, Gynäkologie, Orthopädie, u.ä.):

---

**Anmerkungen**

Ich möchte noch folgendes anmerken:

Ich bestätige, alle Angaben sorgfältig durchdacht und gemacht zu haben, derzeit fieberfrei zu sein und auch frei von akuten Erkrankungen und Infektionen zu sein.

Unterschrift Patient

---