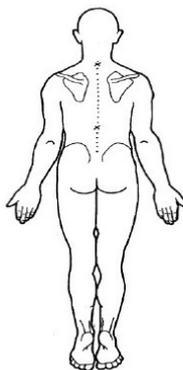
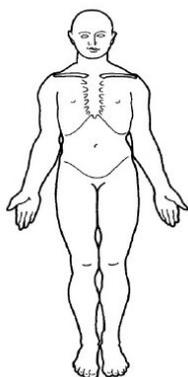


# Anamnesebogen

Bitte in diesem Fragebogen entsprechend **einzeichnen**, **ankreuzen** oder **einkreisen**!

01.) **Wo** haben Sie Ihre Probleme/Schmerzen und **wie** stellen sich diese dar?



Diese Felder bitte für Therapeut/in frei lassen

2.) <b>Seit wann</b> bestehen Ihre Beschwerden?	CAVE	SA			
3.) <b>Was</b> bereitet Ihnen im <b>Alltag Probleme</b> ?					
4.) Gab es einen <b>Auslöser</b> (Sturz, Unfall...)?					
5.) Was <b>verbessert</b> Ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, ...)					
6.) Was <b>verschlechtert</b> Ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, ...)					
7.) Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie <b>bei Bedarf</b> ein?  Welche nehmen Sie <b>generell</b> ?					
8.) Haben Sie Schmerzen beim: <b>Husten / Niesen / Pressen / Lachen</b> ?			Nein	<input type="radio"/>	Ja
9.) Sind Sie <b>schwanger</b> bzw. könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
10.) Haben Sie <b>Rheuma, Osteoporose, Hautirritationen</b> oder <b>Hauterkrankungen</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
11.) Haben Sie <b>Seh-, Hör-, Sprechprobleme, Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle, Schluckprobleme, Gang- oder Gleichgewichtsstörungen, Migräne, Kopfschmerzen</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
12.) Hatten Sie jemals einen <b>Hörsturz</b> oder <b>Tinnitus</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
13.) Haben Sie Probleme mit/bei <b>Inkontinenz, Menstruation, Wasser lassen</b> oder <b>Gesichtsschwellungen</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
14.) Haben Sie <b>Bluthochdruck, Sodbrennen, Diabetes mellitus, Brustenge, Herzstolpern, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, Atemnot</b> mit/ohne Belastung, <b>nächtliches Husten</b> oder <b>abends geschwollene Beine/Arme</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
15.) Hatten Sie schon einen <b>Herzinfarkt</b> oder <b>Schlaganfall</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
16.) Haben Sie Lungenerkrankungen, Asthma, chron. Bronchitis, Husten, eine aktuelle <b>Erkältung</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
17.) Haben Sie <b>Verstopfung, Durchfall, Blähungen, Schmerzen</b> vor/während/nach dem <b>Essen</b> , <b>Blut im Stuhl, Lebensmittelunverträglichkeiten, Allergien, Schilddrüsenerkrankungen</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
18.) Hatten Sie jemals einen <b>Tumor</b> oder eine <b>Krebserkrankung</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
19.) Haben Sie <b>nachts</b> Schmerzen?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
20.) Haben Sie in den letzten Wochen <b>unerwartet abgenommen</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
21.) Hatten Sie in den letzten Wochen <b>Fieber</b> oder <b>nächtliches Schwitzen</b> ?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
22.) Hatten Sie in Ihrem Leben schon <b>Unfälle/Operationen</b> ? Falls ja, welche und wann?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	

*Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben.*