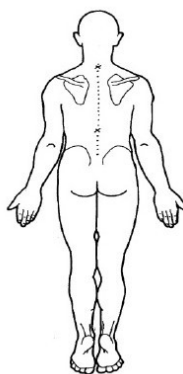
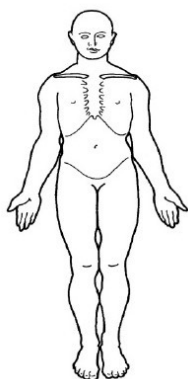


Anamnesebogen

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

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben.