



# ANAMNESEBOGEN Erwachsene

PRAXIS HANDWERK

MANUELLE THERAPIEN  
UND PHYSIOTHERAPIE

1/4

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Beihilfe  Ja  Nein

Beruf \_\_\_\_\_

Sport/Hobbys \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Empfehlung durch \_\_\_\_\_

Was sind Ihre akuten Beschwerden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese Beschwerden und wann äußern sie sich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen. (z.B. bohrend, stechend, reißend, klopfend, einschießend, ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was hat Einfluss auf Ihre Beschwerden? (z.B. Wärme, Kälte, eine bestimmte Haltung oder Bewegung, ...)

Positiv \_\_\_\_\_

Negativ \_\_\_\_\_

Schmerzskala  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10



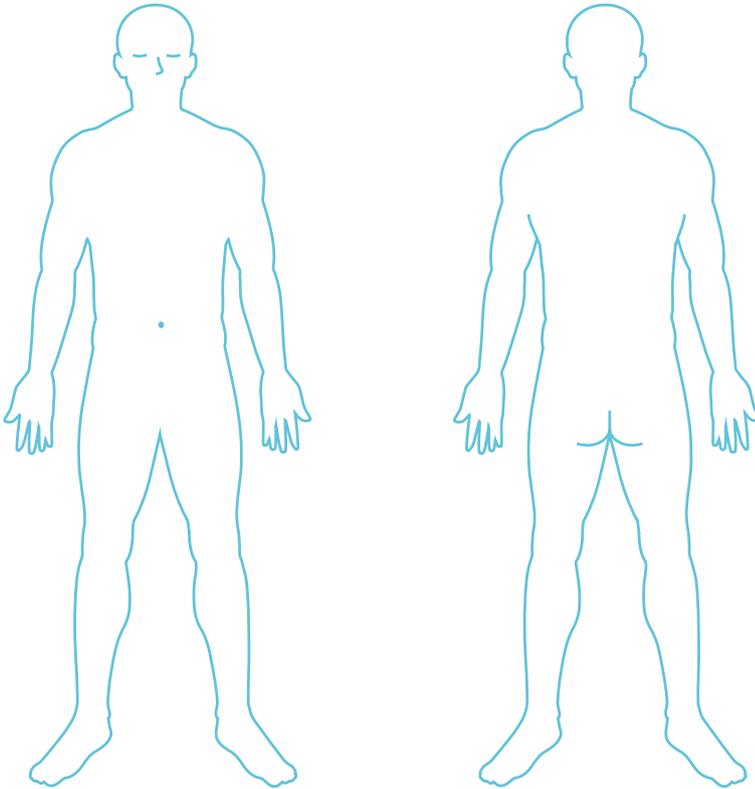
# ANAMNESEBOGEN Erwachsene

PRAXIS HANDWERK

2/4

MANUELLE THERAPIEN  
UND PHYSIOTHERAPIE

Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre Schmerzen bzw. Beschwerden ein:



Welche anderen Erkrankungen gibt es bei Ihnen?

## Allgemeines

Kopfschmerzen  Ja  Nein

Schlaflosigkeit/Schlafstörungen  Ja  Nein

Schwindel  Ja  Nein

Müdigkeit  Ja  Nein

Allergien  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

---

## Muskeln/Gelenke

Chronische Gelenkschmerzen  Ja  Nein

Rheuma  Ja  Nein

Arthritis  Ja  Nein

Gicht  Ja  Nein

Muskelkrämpfe  Ja  Nein

Weichteilrheumatismus  Ja  Nein

Osteoporose  Ja  Nein

Arthrose  Ja  Nein



# ANAMNESEBOGEN Erwachsene

PRAXIS HANDWERK

3/4

MANUELLE THERAPIEN  
UND PHYSIOTHERAPIE

Welche Gelenke sind betroffen?

---

---

## Herz/Gefäße

- |                        |                          |                            |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Krampfadern            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Arterioklerose         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzinfarkt            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Angina pectoris        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes mellitus      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

## Magen/Darmtrakt

- |                  |                          |                            |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| Verstopfungen    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Durchfall        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Darmentzündungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bauchschmerzen   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sodbrennen       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Magenschmerzen   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Magengeschwüre   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

## Nieren/Harnleiter

- |                       |                          |                            |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Nierenentzündung      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nierensteine          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blasenentzündung      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Prostataveränderungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

## Nervensystem

- |                       |                          |                            |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Schlaganfall          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Polyneuropathie       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| M. Parkinson          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| erbliche Erkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn ja, welche?

---

---

## Atemwege/HNO

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Atemnot                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Chronischer Husten       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Asthma                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ohrensausen/Ohrgeräusche | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |



# ANAMNESEBOGEN Erwachsene

4/4

PRAXIS HANDWERK

MANUELLE THERAPIEN  
UND PHYSIOTHERAPIE

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**VIELEN DANK!**