



## Anmeldung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich zur Kenntnis genommen zu haben, dass nicht abgesagte Termine mir privat in Rechnung gestellt werden. Wir bitten Sie Termine, die Sie nicht einhalten können, 24 Stunden vorher abzusagen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anamnese

### aktuell

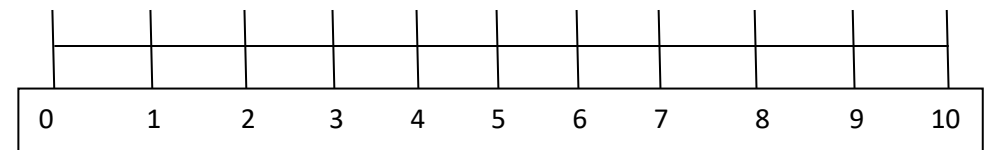
1) Aus welchem Grund haben Sie uns aufgesucht?

\_\_\_\_\_

2) Seit wann leiden Sie an den o.g. Beschwerden?

\_\_\_\_\_

3) Kreuzen Sie bitte an wie stark Ihre Beschwerden sind?



(0 = keine Schmerzen; 10 = nicht auszuhaltende Schmerzen)

4) Wann treten Ihre Schmerzen auf?

(tageszeit(un)abhängig, in Ruhe, bei Belastung,...)

\_\_\_\_\_

5) Wodurch werden Ihre Schmerzen verbessert oder verschlimmert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?  
(z.B. Schmerzmedikamente, Cortison, Beta-Blocker, Marcumar etc.)

7) Gibt es von ärztlicher Seite Belastungs- und Bewegungsgrenzen, die wir beachten müssen bzw. Bewegungen/Aktivitäten, die Sie nicht ausüben dürfen?

### Allgemeines

8) Leiden Sie an folgenden Problemen/Beschwerden?

- |                          |    |      |
|--------------------------|----|------|
| • Allgemeines Unwohlsein | JA | NEIN |
| • Müdigkeit              | JA | NEIN |
| • Akute Infekte          | JA | NEIN |
| • Fieber                 | JA | NEIN |
| • Schwindel              | JA | NEIN |
| • Kopfschmerzen          | JA | NEIN |
| • Allergien              | JA | NEIN |

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9) Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV,...)?

JA NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10) Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- |                           |    |      |
|---------------------------|----|------|
| • Rheuma                  | JA | NEIN |
| • Osteoporose             | JA | NEIN |
| • Diabetes                | JA | NEIN |
| • Asthma                  | JA | NEIN |
| • Bluthochdruck           | JA | NEIN |
| • Herz-/Gefäßerkrankungen | JA | NEIN |

Wenn ja, woran genau? \_\_\_\_\_

- |            |    |      |
|------------|----|------|
| • Arthrose | JA | NEIN |
|------------|----|------|

Betroffene Gelenke \_\_\_\_\_

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

11) Berufliche Belastung (sitzend/stehend; starker psychischer oder physischer Stress): \_\_\_\_\_

12) Belastung im Alltag (familiäre Situation, Kinder, Haushalt,...): \_\_\_\_\_

13) Welche Sportart/Art von regelmäßiger Bewegung üben Sie aus? \_\_\_\_\_

14) Mit welchem Ziel/welcher Erwartungshaltung sind Sie zu uns gekommen? \_\_\_\_\_