Anamnesebogen

Physiotherapie

Gesundheit · Bewegung · Lebensqualität

PHYSIO THERAPIE Claudia Peuker

1 Kontakt- und persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon (mobil):

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt (Name, Ort):

2 Information über Absagepflicht und -Frist

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns mindestens 12 Stunden vorher abzusagen.
Bei kurzfristiger Absage (weniger als 12 Stunden vor dem Termin) behalten wir uns vor,
Ihnen die Behandlung in Rechnung zu stellen.

☐ Ich habe die Informationen zur Absagepflicht und -frist von 12 Stunden zur Kenntnis genommen.

Datum:

Unterschrift:

3 Aktuelle Beschwerden

Welche Körperregion ist betroffen?

☐ Kopf / Nacken
☐ Arm / Hand
☐ Schulter
☐ Hüfte
☐ Rücken
☐ Bein / Fuß
☐ Sonstige:

Beschreibung der aktuellen Beschwerden:

Schmerzstärke (bitte auf Skala von 0–10 angeben):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

Bestehen folgende Beschwerden zusätzlich?

a) Missempfindungen
(z. B. Kribbeln, Taubheit)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

b) Kraftverlust

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

c) Funktionseinschränkungen

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

4 Weitere Gesundheitsangaben

Nebendiagnosen
(z. B. Bluthochdruck, Diabetes etc.)

Medikamente
(inkl. Dosierung, falls bekannt)

Allergien und Unverträglichkeiten

Besonderheiten in der Ernährung
(z. B. vegetarisch/vegan, Unverträglichkeiten etc.)

5 Erwartungen an die Therapie und Ziele

Was erwarten Sie sich von der Therapie?

Was sind Ihre individuellen Therapieziele?

Datum:

Unterschrift:

Gemeinsam für Ihre Gesundheit!