

## Anamnese

Wir von BOMI Physio wünsche uns, dass Sie sich über die Therapie hinaus wohlfühlen. Aus diesem Grund benötigen wir vorab einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und sind für Ihren Therapieerfolg bedeutend. Vielen Dank.

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten (bei Minderjährigen auch der Name des Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer & E-Mail

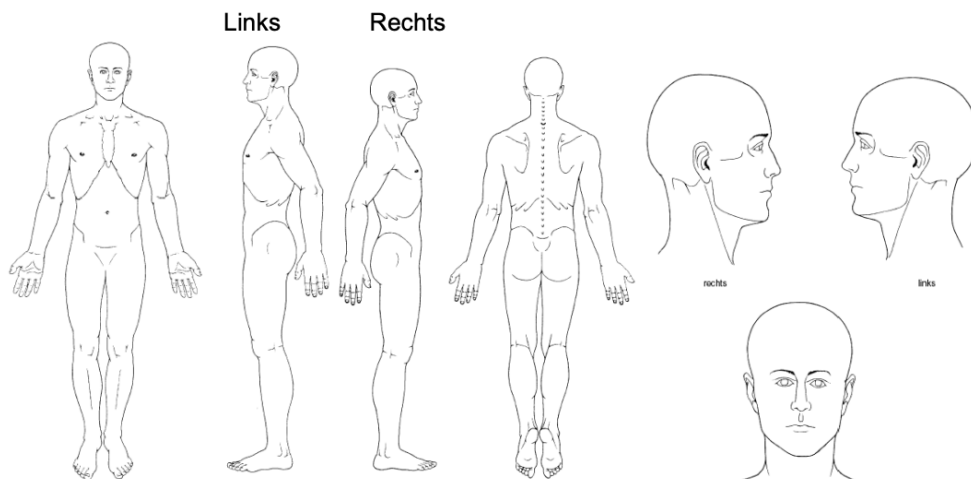
\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Beruf:

Sport/Hobby:

Hausarzt:

### 1. Wo haben Sie Ihre Beschwerden? (bitte einzeichnen)



- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 2. Haben Sie <b>Schmerzen</b> ?                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihre <b>Beweglichkeit</b> verändert?                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Ist Ihre <b>Sensibilität</b> verändert (Kribbeln, Taubheit)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Ist ihre <b>Kraft</b> verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Was sind ihre <b>Hauptbeschwerden</b> im Alltag?             |                             |                               |

7. **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden** schon?
8. Gab es einen **Auslöser** für Ihre Beschwerden (Sturz, Unfall, etc.)? Ja  Nein
9. Was **verbessert** Ihre Beschwerden (Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Stehen, Gehen, etc.)?
10. Was **verschlechtert** Ihre Beschwerden?
11. Wie stark sind Ihre **Schmerzen aktuell**?  
(kein Schmerz) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (maximaler Schmerz)
12. Wie stark sind Ihre **Schmerzen maximal**?  
(kein Schmerz) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (maximaler Schmerz)
13. Haben Sie Ihre Schmerzen: **permanent / mit Unterbrechung**?
14. Sind Ihre Schmerzen: **gleichbleibend / besser werdend / verschlechternd**?
15. Insgesamt **wie störend** waren Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen?  
überhaupt nicht  wenig  mäßig  stark  äußerst stark
16. Leiden Sie unter **Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit**? Ja  Nein
17. Haben Sie Schmerzen beim: **Husten / Niesen / Pressen / Schlucken**? Ja  Nein
- 
18. Sind Sie **Schwanger**? Ja  Nein
19. Haben Sie **Kopfschmerzen**? Ja  Nein
20. Leiden Sie unter einer der folgenden **Krankheiten**? Asthma, Diabetes, Rheuma, Osteoporose? Ja  Nein   
**Wenn ja**, an welcher?
21. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein (Kortison, Blutverdünner, Betablocker, etc.)?
22. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? Ja  Nein
23. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? Ja  Nein   
**Wenn ja**, was und wann?
24. Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie wurden bisher durchgeführt?  
 Röntgen  Computer-Kernspintomographie  Spritze  Massage  
 Physiotherapie
25. Haben Sie Angst, bzw. Bedenken, dass Belastung / Bewegung Ihrem Problem schadet?  
Ja  Nein
26. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? Ja  Nein

27. Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, etc.)? Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

28. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

29. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?  Internet  Flyer  Anzeige  
 Empfehlung  Arzt:

**BEcome Amazing!**