

## A N A N M N E S E B O G E N

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon: ..... Geburtsdatum: .....

Krankenkasse: ..... Beihilfe: Ja/Nein

Beruf: .....

Sport/ Hobbies: .....

Hausarzt: .....

Empfehlung durch: .....

Akute Beschwerden / Diagnose:

.....  
.....

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wie äußern sie sich?

.....  
.....

Beschreiben Sie die Art und Weise ihrer Schmerzen

(z.B. bohrend, stechend, reißend, klopfend, einschließend...)

.....  
.....

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

Positiv (d.h. Schmerz nimmt dadurch ab)

.....

Negativ (d.h. Schmerz nimmt zu)

.....

Schmerzskala:

Kein Schmerz                      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                      max. erträglicher Schmerz

Welche anderen Erkrankungen oder Risikofaktoren gibt es bei Ihnen?