ANAMNESE

Anamnesebogen

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Bitte füllen Sie den allgemeinen Teil aus. Die Zusatzbereiche Beckenboden, Kopfschmerzen und Kieferbeschwerden sind optional. Mehrfachauswahl ist möglich.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Familienstand

Beruf

Kinder

Körpergröße

Körpergewicht

Hausarzt / Facharzt / Therapeut

Grund des Besuches

Akute Beschwerden

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wo schmerzt es? Strahlen die Schmerzen aus?

Wie oft haben Sie Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten?

Wann treten die Schmerzen auf?

- Tagsüber
- Nachts
- In Ruhe
- Bei Belastung

Was verschlimmert den Schmerz? (z. B. Stress, Kälte, Wärme, Tageszeit, Husten)

Was lindert den Schmerz? (z. B. Ruhe, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel)

Hinweis zum Datenschutz

Ihre Angaben in diesem Bogen sind Gesundheitsdaten und daher besonders geschützt. Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen möglichst über unsere Online-Rezeption, denn eine normale E-Mail wird in der Regel unverschlüsselt übertragen. Sie können den Bogen auch ausgedruckt in die Praxis mitbringen. Wir behandeln Ihre Angaben vertraulich und verwenden sie nur für Ihre Behandlung. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf physiolounge-leipzig.de.

ANAMNESE

Schmerzbild & Behandlungsziel

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Ihre Schmerzen genauer beschreiben

Gibt es Begleiterscheinungen? (z. B. Schwellung, Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, Schweißbildung)

Wie fühlt sich der Schmerz an? (z. B. ziehend, dumpf, krampfartig, kolikartig, stechend, klopfend, drückend)

Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte eine Zahl ankreuzen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = kein Schmerz | 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Wie wirken sich Ihre Beschwerden auf Ihren Alltag aus?

Ihr persönliches Ziel

Was möchten Sie durch die Behandlung wieder tun oder verbessern können?

Optionale Zusatzbereiche

Bitte füllen Sie nur die zu Ihren Beschwerden passenden Bereiche aus. Sie können mehrere Bereiche auswählen.

- Beckenboden · Seiten 9-11
- Kopfschmerzen · Seite 12
- Kieferbeschwerden / CMD · Seite 13

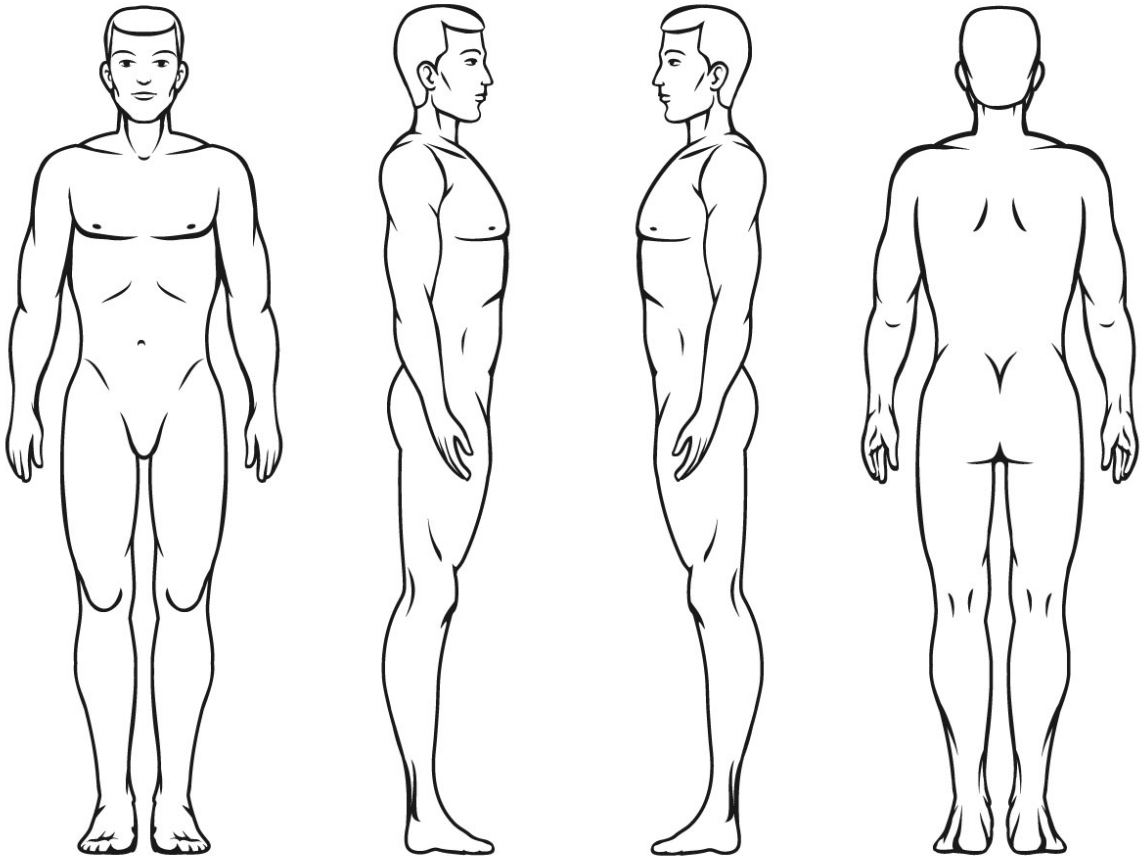
Schmerzen markieren

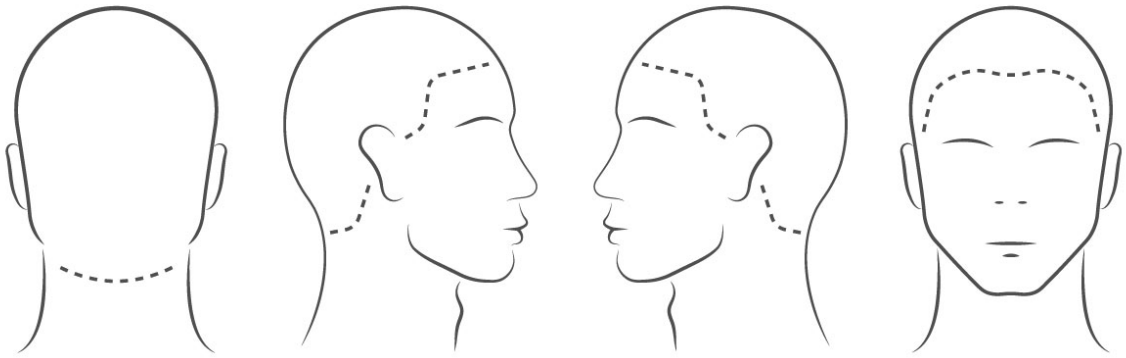
Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Bitte markieren Sie die schmerzhaften Stellen in den Abbildungen. Schreiben Sie die Schmerzstärke von 1 bis 10 dazu: 1 = leichter Schmerz, 10 = starker Schmerz. Kennzeichnen Sie Narben mit einem roten Stift.





ANAMNESE

Ihre Vorgeschichte

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Krankheiten, Operationen & besondere Ereignisse

Bitte geben Sie in zeitlicher Reihenfolge Krankheiten, Operationen, Unfälle, Sportunfälle, Stürze, Zahnbehandlungen, sonstige Verletzungen sowie Schwangerschaften, Geburten und Fehlgeburten an.

Alter / Jahr	Ereignis / Beschwerden

Gab es für Sie bedeutsame emotionale Ereignisse? Welche und wann?

Stoffwechsel & Verdauung

- Diabetes mellitus
- Lebererkrankung
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Gastritis
- Blutungen
- Gallensteine
- Schilddrüsenerkrankungen
- Ödeme
- Gewichtsveränderung
- Schlaflosigkeit
- Übelkeit
- Blähungen
- Sodbrennen
- Durchfall
- Verstopfung
- Wechselnde Stuhlgänge

ANAMNESE

Erkrankungen & Beschwerden

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Bitte kreuzen Sie bekannte Erkrankungen oder Beschwerden an.

Skelettsystem

- Osteoporose
- Morbus Scheuermann
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Morbus Bechterew
- Frakturen
- Gelenksbeschwerden
- Bewegungseinschränkung
- Rheuma

Herz- und Kreislaufsystem

- Blutdruck hoch / niedrig
- Schwindel
- Herzinfarkt
- Krampfadern
- Brustschmerzen / Beklemmung
- Herzrhythmusstörungen / Herzklopfen
- Schlaganfall
- Gefäßerkrankungen
- Flüssigkeitseinlagerungen
- Sehstörungen

Atmungsorgane

- Chronischer Husten
- Asthma bronchiale
- Kurzatmigkeit
- Atemnot
- Chronische Erkältung
- Tuberkulose

Urogenitalsystem & Gynäkologie

- Blasenentzündung
- Geschlechtskrankheiten
- Beckenbodenschwäche
- Nierenstein
- Menopause
- Schmerzhafte Periode
- Hitzewallungen
- Harninkontinenz
- Harnverhalt
- Harndrang
- Nierenentzündung
- Unregelmäßige Periode
- Brustschmerzen
- Prämenstruelles Syndrom

ANAMNESE

Weitere Gesundheitsangaben

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Haut

- Ekzem / Schuppenflechte
- Neurodermitis
- Haarausfall
- Blaue Flecken
- Allergien

Neurologische / psychologische Erkrankungen

- Anfallsleiden
- Tremor
- Sensibilitätsausfälle
- Konzentrationsstörungen
- Vergesslichkeit
- Traurigkeit / Depression
- Nervosität
- Angststörung
- Wahrnehmungsstörung
- Verhaltensstörung

Augen & Ohren

- Kurz- / Weitsichtigkeit
- Grauer Star
- Erhöhter Augendruck
- Makuladegeneration
- Tinnitus links / rechts
- Schwerhörigkeit links / rechts

Zähne & Kiefer

- Zahnersatz
- Wurzelbehandlungen
- Kiefergelenksprobleme / CMD
- Zahnentzündungen
- Implantate
- Zahnbrücken

Schlaf

- Schlaflosigkeit
- Häufiges Erwachen
- Einschlafstörungen
- Zähneknirschen
- Nachtschweiß
- Sprechen im Schlaf

Ergänzungen zu Erkrankungen oder Beschwerden

Familie & Lebensstil

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE LEIPZIG

Name / Datum

Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? (z. B. Schlaganfall, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Krebs, Herzkrankheiten, Depression, Neurodermitis)

Mutter

Vater

Großeltern

Kinder

Geschwister

Ernährung & Lebensstil

Werden Sie nachts wach?

Nein Ja

Wenn ja: wann und weshalb?

Rauchen Sie?

Nein Ja

Wenn ja: wie viel?

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja

Wenn ja: was und wie oft?

Haben Sie Heißhunger auf Süßes?

Nein Ja

Wie ernähren Sie sich? (z. B. vegan, vegetarisch, Mischkost)

Was und wie viel trinken Sie täglich?

Sportliche Aktivitäten: welche und wie oft?

Stuhlgang: regelmäßig / unregelmäßig, Konsistenz, Häufigkeit

Medikamente & Ergänzungen

Allgemeiner Teil · bitte vollständig ausfüllen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte Bezeichnung und gegebenenfalls Einnahmeplan angeben.

Nahrungsergänzungsmittel & Naturstoffe

Was nehmen Sie ein? Bitte Bezeichnung und Häufigkeit angeben.

Weitere Angaben

Was sollten wir außerdem wissen?

Datum

Unterschrift

ANAMNESE

Beckenboden · Anlass & Darm

Optionaler Zusatzbereich A · bei Beckenbodenbeschwerden

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Bitte nur bei entsprechenden Beschwerden ausfüllen. Ihre persönlichen Angaben und die allgemeine Krankengeschichte stehen im allgemeinen Teil.

Beschwerden & Behandlungsanlass

Welche Beckenbodenbeschwerden oder Anliegen haben Sie?

- ☐ Urinverlust beim Husten, Niesen oder Lachen
- ☐ Plötzlicher starker Harndrang
- ☐ Mischform
- ☐ Schwacher Beckenboden
- ☐ Senkungsbeschwerden
- ☐ Nach Schwangerschaft / Geburt
- ☐ Nach Prostataoperation
- ☐ Nach Operation im Beckenbereich
- ☐ Unterstützung beim Beckenbodentraining
- ☐ Rückenbeschwerden
- ☐ Verbesserung der Beckenbodenkraft
- ☐ Sonstiges

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser?

- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Geburt
- ☐ Wechseljahre
- ☐ Operation
- ☐ Prostataentfernung
- ☐ Sonstiges

Weitere Angaben zum Anlass / Auslöser

Darmfunktion

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

- ☐ Stuhlinkontinenz
- ☐ Unkontrolliertem Windabgang
- ☐ Verstopfung
- ☐ Pressen beim Stuhlgang
- ☐ Schmerzen beim Stuhlgang
- ☐ Keine Beschwerden

Hausarzt / Gynäkologe / Urologe (falls noch nicht angegeben)

Beckenboden · Blasenfunktion

Optionaler Zusatzbereich A · bei Beckenbodenbeschwerden

PHYSIOLOUNGE LEIPZIG

Name / Datum

Blasenfunktion

Wie häufig verlieren Sie Urin?

- Nie
- Weniger als 1-mal pro Woche
- Mehrmals pro Woche
- Einmal täglich
- Mehrmals täglich

Wann tritt Urinverlust auf?

- Husten
- Niesen
- Lachen
- Heben
- Sport
- Treppensteigen
- Plötzlicher Harndrang
- Ohne erkennbaren Grund
- Sonstiges

Sonstiges / Ergänzungen

Wie häufig müssen Sie tagsüber Wasser lassen?

- 4-7-mal täglich
- 8-10-mal täglich
- Mehr als 10-mal täglich

Wie häufig müssen Sie nachts Wasser lassen?

- Nie
- 1-mal
- 2-mal
- 3-mal
- Mehr als 3-mal

Haben Sie das Gefühl, die Blase nicht vollständig entleeren zu können?

- Nie
- Selten
- Gelegentlich
- Häufig
- Immer

Benutzen Sie Einlagen?

- Nein
- Ja

Wenn ja: welche?

- Slipeinlage
- Vorlage
- Windel

Anzahl pro Tag

Beckenboden · Alltag & Ziele

Optionaler Zusatzbereich A · bei Beckenbodenbeschwerden

PHYSIOLOUNGE LEIPZIG

Name / Datum

Beckenbodenbeschwerden

Haben Sie ein Druck- oder Fremdkörpergefühl?

Nein Ja

Haben Sie Schmerzen im Beckenboden?

Nein Ja

Wenn ja: wo?

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

Nein Ja

Nicht zutreffend

Einschränkungen im Alltag

Vermeiden Sie aufgrund Ihrer Beschwerden folgende Aktivitäten?

Aktivität	Nein	Teilweise	Ja
Sport			
Heben			
Reisen			
Soziale Aktivitäten			
Sexualität			

Wie stark beeinträchtigen Ihre Beschwerden Ihren Alltag?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = keine Einschränkung | 10 = maximale Einschränkung

Ihre persönlichen Ziele

Weniger Urinverlust Weniger Harndrang

Weitere persönliche Ziele

Kopfschmerzen

Optionaler Zusatzbereich B · bei Kopfschmerzen

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Die allgemeinen Angaben zu Beginn, Schmerzstärke und bisherigen Behandlungen stehen im allgemeinen Teil. Hier können Sie Ihre Kopfschmerzen genauer beschreiben.

Ihre Kopfschmerzen

Wo treten die Kopfschmerzen auf? Bitte auch die Kopfabbildungen auf Seite 3 nutzen.

Wie fühlen sich die Kopfschmerzen an und wie lange dauert eine Episode?

An wie vielen Tagen pro Woche / Monat treten die Beschwerden auf?

Welche Auslöser begünstigen die Kopfschmerzen?

Welche äußeren Stressfaktoren liegen bei Ihnen vor?

Führen Sie ein Schmerztagebuch?

Nein Ja

Wurden die Augen bereits überprüft?

Nein Ja

Wenn ja: wann / mit welchem Ergebnis?

Ergänzungen zu Kopfschmerzen

ANAMNESE

Kieferbeschwerden & CMD

Optionaler Zusatzbereich C · bei Kieferbeschwerden

PHYSIOLOUNGE
LEIPZIG

Name / Datum

Bitte bei Schmerzen oder Beschwerden im Kieferbereich ausfüllen. Allgemeine Zahn- und Schlafangaben stehen im allgemeinen Teil.

Ihre Kieferbeschwerden

Welche Beschwerden bemerken Sie?

- Kieferschmerzen
- Eingeschränkte Mundöffnung
- Schmerzen beim Kauen
- Knacken / Reiben im Kiefer
- Verspannte Kaumuskulatur
- Sonstiges

Wo und wann treten die Beschwerden auf?

Pressen Sie die Zähne zusammen oder knirschen Sie?

Nein | Ja | Unbekannt

Tragen Sie eine Aufbiss- / Knirscherschiene?

Nein | Ja

Wenn ja: seit wann und wie häufig?

Zahnbehandlungen & Anspannung

Wurden Zähne entfernt? Wenn ja: welche und wann?

Gab oder gibt es eine Zahnspangentherapie?

Implantate / Zahnbrücken: Wo und seit wann? (falls vorhanden)

Welche Methoden nutzen Sie, um Anspannung abzubauen?