

# Eigenanamnesebogen

Willkommen bei uns in der Praxis! Schön, dass Du da bist. Damit wir Dich bestmöglich betreuen können, nimm Dir bitte ein paar Minuten Zeit und fülle diesen Bogen in Ruhe aus.



## Persönliche Daten

|                                                                                   |       |          |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------|
| Name:                                                                             | _____ | Vorname: | _____ |
| PLZ / Ort:                                                                        | _____ | Straße:  | _____ |
| Telefon:                                                                          | _____ | E-Mail:  | _____ |
| Geburtsdatum:                                                                     | _____ | Beruf:   | _____ |
| Typische Arbeitshaltung (z. B. viel Sitzen, Stehen, Heben):                       |       | _____    |       |
| Versichert: <input type="checkbox"/> Gesetzlich / <input type="checkbox"/> Privat |       |          |       |



## Deine aktuellen Beschwerden

Was tut Dir weh oder bereitet Dir Sorgen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann besteht das Problem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es einen konkreten Auslöser z. B. Unfall? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde das ärztlich abgeklärt?    Ja ☐    Nein ☐                      Gab es eine Bildgebung z. B. Röntgen?    Ja ☐    Nein ☐

Welche Maßnahmen wurden bisher ergriffen? \_\_\_\_\_  
(z. B. Medikamente, Therapie) \_\_\_\_\_

Schmerzskala (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz):      Aktuell: \_\_/10      Durchschnittlich seit Beginn: \_\_/10

Was verbessert Deine Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was verschlimmert sie? \_\_\_\_\_

## **Medikamente**

Welche Medikamente nimmst du derzeit regelmäßig ein? \_\_\_\_\_

## **Deine Gesundheit**

Bitte kreuze an, was auf Dich zutrifft – gerne mit Ergänzungen.

### **Kreislauf & Herz**

☐ Herzrhythmusstörungen

☐ Angina Pectoris

☐ Bluthochdruck

☐ Herzinfarkt

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### **Gefäße**

☐ Thrombose

☐ Krampfadern

☐ Stents

☐ Durchblutungsstörungen

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### **Verdauung**

☐ Gastritis

☐ Gallenprobleme

☐ Morbus Crohn

☐ Colitis ulcerosa

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### **Atmung & Lunge**

☐ Asthma

☐ COPD

☐ Chronische Bronchitis

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### **Stoffwechsel**

☐ Diabetes

☐ Hashimoto

☐ Osteoporose

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### **Nervensystem**

☐ MS

☐ Parkinson

☐ Epilepsie

☐ Schlaganfall

☐ Gefühlsstörungen

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### **Blut & Gerinnung**

☐ Gerinnungsstörung

☐ Andere: \_\_\_\_\_

## **Familiäre Vorerkrankungen**

Gibt es bekannte Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern oder Großeltern? \_\_\_\_\_

## **Operationen & Allergien**

Wurdest du bereits operiert? Wenn ja, wann und was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Hast du bekannte Allergien? ☐ Nein / ☐ Ja, \_\_\_\_\_

## Ernährung & Lebensstil

Wie ernährst du dich? \_\_\_\_\_

Wie viel Liter trinkst du täglich und was bevorzugst du? \_\_\_\_\_

Hast du Verdauungsprobleme? ☐ Nein / ☐ Ja, \_\_\_\_\_

## Familie & Alltag

Bist du schwanger? Ja ☐ Nein ☐ Unklar ☐

Hast du Kinder? Ja ☐ Nein ☐ Anzahl: \_\_\_\_\_

## Stress & Bewegung

Wie hoch ist dein Stresslevel im Beruf? 0–10: \_\_\_\_\_

Und in deiner Freizeit? 0–10: \_\_\_\_\_

Treibst du Sport? Wenn ja, was und wie oft? \_\_\_\_\_

Was tust du nur für dich, das dir richtig gut tut? \_\_\_\_\_

## Dein persönliches Behandlungsziel

Welche Veränderung wünschst du dir ganz konkret? \_\_\_\_\_

Was wäre für dich ein echter Erfolg? \_\_\_\_\_

## Datenschutz-Hinweis

Wir nehmen den Schutz deiner persönlichen Daten sehr ernst. Die in diesem Bogen erhobenen Informationen dienen ausschließlich der physiotherapeutischen Behandlung und Betreuung in unserer Praxis und werden gemäß den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet. Deine Daten werden vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und nur so lange gespeichert, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist oder zur Behandlung notwendig ist. Du hast jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung deiner Daten. Bei Fragen zum Datenschutz kannst du dich jederzeit an uns wenden.

*Wenn du irgendwo unsicher bist oder etwas lieber mündlich erzählen möchtest – kein Problem!  
Wir gehen alles gemeinsam durch.*

 Dein Team von Physio-Concept