

Liebe PatientInnen,  
dieser Bogen dient dazu, ein umfassendes und sicheres physiotherapeutisches Management zu gewährleisten. Er stellt die Grundlage unserer weiteren Untersuchung und Behandlung dar. Bitte versuchen Sie daher, alle Fragen ehrlich und möglichst genau zu beantworten. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese oder sprechen Sie uns während der Behandlung an.  
Vielen Dank!

### 1. Allgemeine Anamnese

- Welche/n Beruf/e üben Sie aus?
- Welche ist Ihre überwiegende Haltung am Tag (sitzen / stehen / liegen / gehen..)?
- Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/tragen?  Nein  Ja, ca.  kg
- Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie?
- Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch?
- Wohnen Sie alleine?  Nein  Ja
- Müssen Sie in Ihrer Wohnsituation Treppen bewältigen?  Nein  Ja, wie viele?

### 2. Alltagsanamnese

- Sind Sie durch Ihre Beschwerden in Ihrem Job / Alltag eingeschränkt?  Nein  Ja
- Wenn ja in welchen Situationen?
- Welche Alltagsbewegungen können Sie durch die Beschwerden nur noch schwierig oder gar nicht mehr ausführen?
- Nutzen Sie Hilfsmittel (Bandage, Rollator etc.)?  Nein  Ja, welche

### 3. Schmerzanamnese

- In welchen Bereichen liegen Ihre Beschwerden / Schmerzen?
- Seit wann haben Sie die Beschwerden?
- Wodurch wurden die Schmerzen ausgelöst (Unfall, Bewegung ...)?
- Wie stark sind Ihre Beschwerden VAS 0-10 (0=keine Schmerzen,10=sehr stark)?
- Können Sie den Schmerz charakterisieren? (Dumpf, stechend, ziehend, einschließend..)

- Wann sind Ihre Beschwerden am stärksten / geringsten?
- Können Sie Ihre Beschwerden positiv und negativ beeinflussen (z.B. durch Wärme, Kälte, Bewegung..)?  Nein  Ja, durch welche Maßnahmen
- Haben Sie Schmerzen, die durch Bewegung nicht besser werden?
- Beeinflussen Ihre Beschwerden Ihren Schlaf?

#### 4. Therapiemaßnahmen

- Welche Therapien sind bisher durchgeführt worden?
- Welche Untersuchungen sind bisher durchgeführt worden?
- Stehen noch Untersuchungen aus?  Nein  Ja, welche

#### 5. Orthopädische Anamnese

- Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen)?  Nein  Ja, folgende (ggf. Extrablatt):
- Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt?
- Hat sich Ihre Körpergröße in den letzten Jahren um ca. 4 cm verkleinert?  Nein  Ja
- Hatten Sie einen oder mehrere Knochenbrüche ohne größeren Sturz?  Nein  Ja
- Haben Sie neue oder wiederholt auftretende weiche Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke?  Nein  Ja
- Leiden Sie unter Morgensteifigkeit der Gelenke, die mindestens 30 Minuten andauert und dabei unüberwindbar bleibt?  Nein  Ja

#### 6. Neurologische Anamnese

- Sind in der letzten Zeit Probleme mit dem Halten / Kontrollieren von Harn und Stuhl aufgetreten?  Nein  Ja
- Haben Sie Probleme beim  Husten  Niesen  Pressen  Einatmen?  Nein  Ja, wo ist der Schmerz
- Leiden Sie an  Kopfschmerzen  Schwindel  Übelkeit  Sprachproblemen  Schluckproblemen?  Nein  Ja
- Haben Sie das Gefühl, auf Watte zu gehen?  Nein  Ja
- Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?  Nein  Ja

- Haben Sie Koordinationsprobleme?  Nein  Ja
- Haben Sie Gefühlsstörungen?  Nein  Ja

### 7. Innereanamnese

- Leiden Sie unter Atemnot?  Nein  Ja
- Fühlen Sie sich psychisch belastet und/oder gestresst?  Nein  Ja
- Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?  
 Nein  Ja, gab es einen Grund
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?  
 Nein  Ja, gab es einen Grund
- Ist Ihr Schlaf ausreichend und erholsam?  Nein  Ja

### 8. Kontraindikationen / Red Flags

- Leiden Sie an einem Tumor/Krebsleiden im Moment oder in der Vergangenheit (auch geheiltes Krebsleiden)?  Nein  Ja, in folgendem/n Bereich/en:
- Haben Sie in letzter Zeit einen plötzlichen und ungewollten Gewichtsverlust ( $\geq 5\%$  des Körpergewichts in 6 Monaten) festgestellt?  Nein  Ja
- Leiden Sie unter häufigen Infekten ( $\geq 5$  Infektionen/Jahr)?  Nein  Ja
- Fühlen Sie sich generell unwohl oder krank?  Nein  Ja
- Haben Sie Fieber, Schüttelfrost, erhöhte Temperatur oder nächtliches Schwitzen?  Nein  Ja

### 9. Nebendiagnosen

- Leiden Sie an Osteoporose?  Nein  Ja
- Hatten Sie schon mal eine Thrombose?  Nein  Ja
- Wurde bei Ihnen ein Herzproblem festgestellt oder haben Sie in Phasen körperliche Anstrengung Brustschmerzen?  Nein  Ja  Herzinfarkt  Herzrhythmusstörungen  Herzinsuffizienz
- Leiden Sie an Diabestes mellitus oder einer anderen Stoffwechselerkrankung?  Nein  Ja, folgende
- Leiden Sie an sonstigen Erkrankungen (Nebendiagnosen wie Schilddrüsendysfunktion, Tuberkulose, HIV, Blutgerinnungsstörungen, Bluthochdruck etc.)?  Nein  Ja, folgende:

## 10. Medikamente

- Nehmen Sie momentan Medikamente ein?  Nein  Ja, folgende:
- Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen?  Nein  Ja
- Nehmen Sie Blutverdünnende Medikamente ein? Insbesondere ASS oder Marcumar?  Nein  Ja

## 11. Persönliche Einschätzung / Ziele

- Gibt es sonst noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit Ihren Beschwerden uns mitteilen möchten? (z. B. Schwangerschaft, Verletzung/Unfall o.ä.)  Nein  Ja, und zwar
- Was erwarten Sie von uns und der Behandlung?
- Welche kurzfristigen Ziele verfolgen Sie mit der Behandlung
- Welche langfristigen Ziele verfolgen Sie mit der Behandlung?

Bitte drucken Sie alle Seiten aus und bringen Sie diese zu Ihrem ersten Behandlungstermin mit oder senden Sie uns den ausgefüllten Bogen an [koerperbalance.bm@gmail.com](mailto:koerperbalance.bm@gmail.com) zurück.

Vielen Dank!