

## Eigenanamnese /Selbstauskunft Schmerzpatient:in

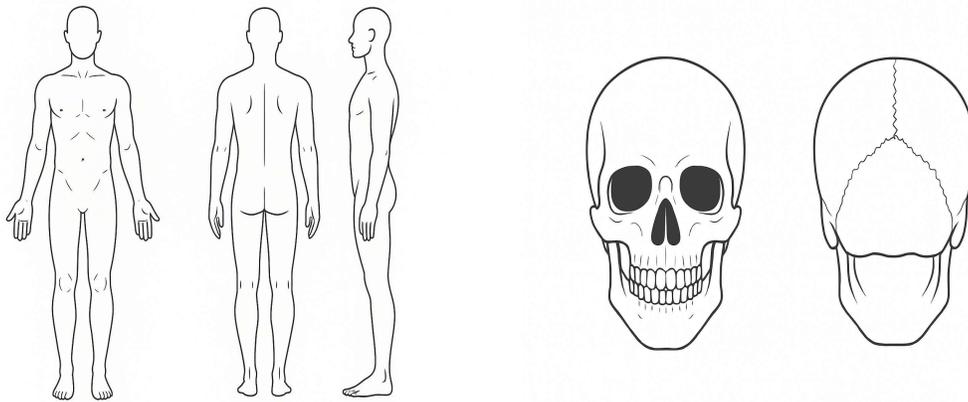
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat: \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefonnummer : mobil \_\_\_\_\_ Festnetz \_\_\_\_\_

Rezept ausstellender Arzt : \_\_\_\_\_

1.) Wo haben Sie Ihre Beschwerden/Schmerzen /Probleme? Bitte einzeichnen!



2.) Seit wann bestehen die Beschwerden/Schmerzen? \_\_\_\_\_

3.) Sind Ihre Beschwerden/Schmerzen aktuell

variabel  schlechter werdend  gleichbleibend  besser werdend

4.) Wie stark sind Ihre Beschwerden/Schmerzen aktuell (einkreisen) und maximal (ankreuzen) →

**kein Schmerz**    0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10    **maximaler Schmerz**

5.) Ist Ihre Beweglichkeit gestört / eingeschränkt?  ja  nein

6.) Haben Sie einen Kraftverlust?  ja  nein

7.) Haben Sie ausstrahlende Schmerzen?  ja  nein

8.) Haben Sie Sensibilitätsstörungen?  ja  nein

Taubheitsgefühl, Brennen, Kribbeln, elektrische Schläge, Wärme-, Kältegefühl

→ bitte einkreisen

9.) Gab es einen Auslöser für die Beschwerden/Schmerzen?  ja  nein

Sturz, Krankheit, Unfall → bitte einkreisen, Sonstiges \_\_\_\_\_

- 10.) Was verbessert (bitte ankreuzen) und was verschlechtert (bitte umkreisen) Ihre Beschwerden/Schmerzen ?  
 Stehen,Gehen,Laufen,Sitzen,Liegen,langes Liegen,Ruhe,Bewegung,Hinsetzen,  
 Aufstehen,Aktivität,Ruhe,Bücken,Strecken,Tragen,Heben,Arbeit über Kopf,Arbeiten,  
 Sport,Autofahren,Radfahren,Arme hinter Rücken verschränken,morgens,abends,nachts  
 Sonstiges \_\_\_\_\_
- 11.) Wie stark empfinden Sie Ihre Beschwerden/Schmerzen im Alltag?  
 überhaupt nicht  wenig  mäßig  stark  sehr stark
- 12.) Haben Sie eine chronische Erkrankung wie z.B. Asthma,COPD,Osteoporose,Diabetes ?  
 → Zutreffendes bitte einkreisen  
 Sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_
- 13.) Leiden Sie unter Gang- oder Gleichgewichtsstörungen,Übelkeit,Schwindel,Sehstörungen,  
 Doppelbildern,Ohnmachtsanfällen,Schluckbeschwerden oder Benommenheit?  
 → Zutreffendes bitte einkreisen.
- 14.) Hatten Sie in der letzten Zeit Fieber oder nächtliches Schwitzen?  ja  nein
- 15.) Nehmen Sie momentan Medikamente wie z.B. Cortison,Blutverdünner,  ja  nein  
 Blutdrucksenker oder Sonstiges? \_\_\_\_\_
- 16.) Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung?  ja  nein
- 17.) Hatten sie schon mal Unfälle, OPs?  ja  nein  
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- 18.) Waren Sie schon mal in psychotherapeutischer Behandlung (optional)?  ja  nein
- 19.) Haben Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein
- 20.) Haben Sie einen Gelenkersatz oder eine Prothese?  ja  nein  
 Wenn ja, welchen oder welche \_\_\_\_\_
- 21.) Leiden Sie unter sonstigen Beschwerden?  ja  nein  
 Hör-, Seh-,Sprechprobleme,Inkontinenz,Verstopfung,Kurzatmigket,Krämpfe,  
 Neigung zu Blutergüssen. Zutreffendes bitte einkreisen.
- 22.) Welche Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapien wurden bereits durchgeführt?  
 bildgebende Verfahren (Röntgen,CT,MRT,Ultraschall)  Injektionen/Infiltrationen  
 Physiotherapie  Sonstiges \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben



**Schleißheimerstr.168 \* Tel.08131 – 26862**

[www.physio-aktiv-dachau.de](http://www.physio-aktiv-dachau.de) \* [info@physio-aktiv-dachau.de](mailto:info@physio-aktiv-dachau.de)

[www.facebook.com/physio.aktiv.dachau](https://www.facebook.com/physio.aktiv.dachau) \* [www.instagram.com/physio.aktiv.dachau](https://www.instagram.com/physio.aktiv.dachau)