

Anamnesebogen der Praxis Bouchette

Name, Vorname	
Geb.-Datum	

Ihre aktuellen Beschwerden

Wo sind Ihre aktuellen Beschwerden?	
<p style="text-align: center;">Seit wann haben Sie ihre Beschwerden ? (<1 Monat/ < 3 Monate/<0,5 Jahr/<1 Jahr/seit Jahren) Gab es eine Ursache für ihre Beschwerden?</p>	
Sind die Beschwerden seitdem immer gleich oder werden stetig schlimmer/besser?	
Welche Aussage trifft auf ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen zu? (bitte unterstreichen)	<p style="text-align: center;">Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen der Schmerzintensität Dauerschmerzen ohne leichte Schwankungen der Schmerzintensität Dauerschmerz mit Schmerzattacken/-spitzen Schmerzattacken/-spitzen mit dazwischen liegenden schmerzfremen Phasen</p>
<p style="text-align: center;">Wie stark sind die Beschwerden aktuell(bitte einkreisen) und maximal (bitte unterstreichen?) (kein Schmerz) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (man wird Ohnmächtig vor Schmerzen = schlimmster vorzustellender Schmerz)</p>	
Welchen Schmerzcharakter haben Ihre Beschwerden? Bitte zutreffenden einkreisen. Dumpf,ziehend, stechend, flächig, spitz, ausstrahlend	
<p style="text-align: center;">Wodurch verbessern (bitte einkreisen) oder verschlechtern (bitte unterstreichen) sich die Beschwerden? Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeiten, Hände auf den Rücken nehmen, Greifen, Hobby, Arbeit, Sport, morgens, mittags, abends, nachts</p>	
Ist Ihre Sensibilität verändert? (bitte einkreisen) Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit Wenn ja, wo genau und bei welcher Haltung/Bewegung/zeitabhängig?	
Ist ihre Kraft verändert? (Kraftlosigkeit, Lähmung) Wenn ja, seit wann, wo genau, was fällt Ihnen schwerer?	
Ist ihre Beweglichkeit verändert? Wenn ja, wo genau? Seit wann?	
Welche Alltagsaktivität wird durch ihre Beschwerden eingeschränkt? Wie stark zwischen 0 (gar nicht eingeschränkt) - 10 (total eingeschränkt)	

Vorerkrankungen

Auch wenn Sie wegen bestimmten Beschwerden zu uns kommen und nicht den direkten Zusammenhang zu den unten stehenden Fragen sehen können, kann für uns Therapeuten Ihre Krankheitsvorgeschichte sowie die stetigen körperlichen Belastungen ihres privaten Alltages für den Erfolg der Therapie entscheidend sein. Wir betrachten Sie als ganzen Menschen. Manchmal spielen alte, längst vergessene Vorgeschichten sowie stetige körperliche Situationen ihres privaten Alltages in den heutigen Prozess mit rein.

Soziales ergonomisches Umfeld

Sport (was/ wie oft/ Beschwerden dabei?)	
Hobbys(Gartenarbeit, Computer, Lesen, Stricken)	
Beruf (ehemaliger?/seit wann in der Rente?)	
Müssen Sie jemanden körperlich pflegen	
Wohnen Sie alleine oder mit jemanden zusammen, der Sie unterstützt kann oder den Sie unterstützen müssen?	
Wohnen Sie im EG/OG mit Lift oder Treppen?	
Hatten Sie größere soziale Umstellungen verkraften müssen, wie z.B. Scheidung, schlimme Erkrankung/Tod eines nahen Angehörigen, Umzug, Arbeitslosigkeit	

Medikamente

Blutverdünner	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Bisphosphonate	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Schmerzmittel	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Betablocker	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Cortisonpräparate	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

weitere Medikamente:

Bitte für die nächsten Felder entsprechendes unterstreichen und im rechten Kasten eintragen:

- Wann ist es passiert bzw. seit wann besteht die Diagnose
- Bestehen noch Beschwerden oder sind Sie in dem Bereich beschwerdefrei
- Welche Seite bzw. wo genau ist/war/sind Sie betroffen
- Wie wurde bisher behandelt bzw. weiter untersucht? OP's(wann genau - Komplikationen?), Spritzen, Medikamente

Gefäße

Thrombose/Venenentzündungen/	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Arteriosklerose (Halsschlagader/Beine/Arme)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Aneurysma/Venen-Op's	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Lymphgefäßerkrankungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
infektiöse Mücken-/Zeckenstiche/Borreliose	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Orthopädisch					
Unfälle, wenn ja Schleudertrauma, Brüche, Prellungen , starke Blutergüsse?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Arthrose bzw. Gelenkersatz in welchen Gelenken?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Osteoporose	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Kiefergelenksbeschwerden (Knirschen, Knacken, wird eine Schiene getragen?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Steißbeinprellungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Bänderzerrungen/-verletzungen (z.B. Kreuzbänder)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Muskelansatzentzündungen (z.B. Tennisellenbogen, Golferarm, Fersensporn,	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Leistenschmerzen bei Fußballspieler/Schultersporn/Achillessehnenreizung/	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Muskelrisse/Rotatorenmanschettenrupturen)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Sonstige Beschwerden im orthopädischen Bereich					

Innere					
rez. Mittelohrentzündungen, Trommelfellriß, Druckausgleichprobleme beim Tauchen, Fliegen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
wiederkehrende Nasennebenhöhlenentzündungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
trockene, gerötete, tränende Augen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenüberfunktion/-unterfunktion/- knoten/Hashimoto	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt/Stents= Bypässe/	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Herzrhythmusstörungen/Vorhofflimmern/Herzklappeninsuffizienz/	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Herzmuskelentzündungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Diabetes Typ 1/2 (Tabletten/Diät/ Langzeitwert?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Asthma (allergisch/familär/ wie häufig wird das Spray genutzt?/Asthmaschulung?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
COPD/ chronische Bronchitis/Raucher/Reizhusten /Covid-19/Lungenfibrose	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Rippenfellentzündungen/Lungenentzündungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Gallensteine/-blasenentzündungen/Fettleber/vergrößerte Leber/Hepatitis	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Sodbrennen/Reflux/Durchfall/Verstopfung/Nahrungsmittelunverträglichkeiten (welche?) /Hämorrhiden (Salben, Verödet?)/M. chron/ Colitis ulerosa/Darmkrebs	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
(Vorübergehender künstlicher Darmausgang?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Neurodermitits/Schuppenflechte/Gicht/Rheuma (Wo genau?/Seit wann?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	

Neurologisch					
Schwindel, Lagerungsschwindel, M. Meniere,	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Kopfschmerzen (Familiär, Streßbedingt, Menstruationsbedingt, Ernährungsbedingt)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Migräne (mit Aura, Erbrechen, Fragen auch s. Kopfschmerzen)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Tinnitus /Hörstürze	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Bandscheibenvorfälle	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
periphere Nervenverletzungen wie Polyneuropathie /Karpaltunnel	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Schlaganfall, MS, Parkinson, Gürtelrose	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Sonstige Beschwerden im neurologischen Bereich					

Urologie/Gynäkologie					
Nierenzysten/Nierenbeckenentzündungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
wiederkehrende Blasenentzündungen oder Pilzinfektionen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
gehen Sie vorzeitig zur Toilette/Inkontinenz beim Husten, Niesen, Lachen, Springen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Brustkrebs (Ly-Knoten beteiligt? Chemo/Bestrahlung?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
nur Frauen:	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Geburten: Geburtslage in Rückenlage, Vierfüßlerstand, Badewanne?	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Sturzgeburten /Geburtsstillstand /Kaiserschnitte /Zangengeburt/ Saugglocke / hat jemand auf den Bauch gedrückt/ Wochenbettdepressionen/Zwillingsgeburt	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Kinder > 3800 gr /Dammrisse /Sternengucker/Steißbeinlage	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Fehlgeburten/Totgeburten	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Gebärmutterentfernungen /Myome/Endometriose (Wo sind Nester?)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Eierstockentfernungen/Krebs/Gebärmuttersenkung /TVT-Band/ Sterilisationen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
nur Männer:	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
Prostatavergrößerung,-entfernung (Da Vinci?) -entzündungen, Sterilisation, Hodentorsion, Krebs, Hodenentzündungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	
sonstige Beschwerden im gynäkologischen/urologischen Bereich					