



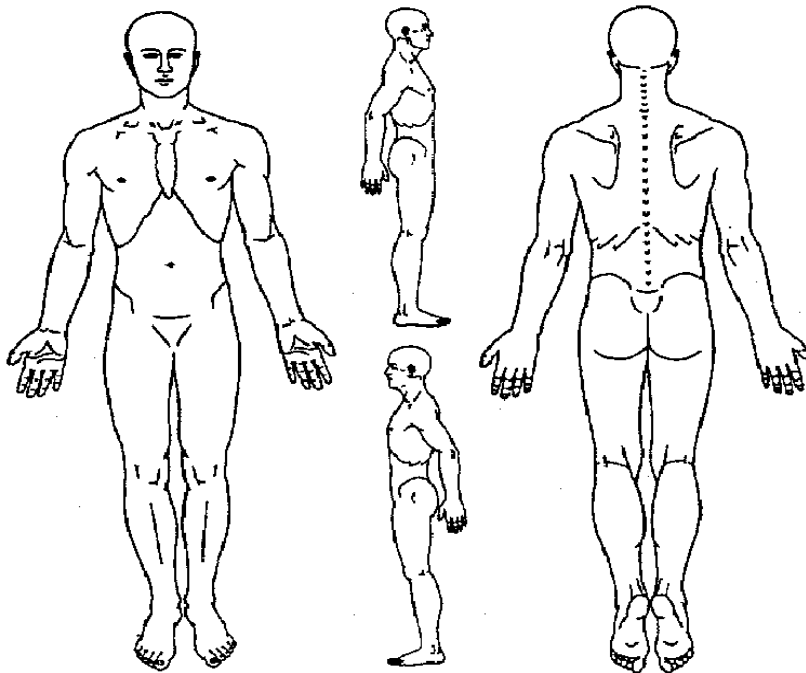
ANAMNESEBOGEN

Name: _____

Diagnose: _____

Medikamente: _____

Weitere Erkrankungen: _____



Markieren Sie bitte die
Bereiche Ihrer
Beschwerden.

Wie stark sind ihre Schmerzen auf einer Skala von 0-10? (0= kein Schmerz, 10 = größtmöglicher Schmerz)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____

Wann sind die Beschwerden am stärksten? _____

Hatten Sie in den letzten Jahren Unfälle / Stürze? _____

Lindert etwas Ihre Beschwerden? _____

Was ist Ihr Therapieziel? _____

**Lassen Sie uns den von Ihnen ausgefüllten Anamnesebogen bitte vor Ihrer ersten
Behandlung zukommen.**

Vielen Dank