

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: Private KV  , Beihilfe  , Zusatzversicherung  , Selbstzahler/in

**Familiäre Situation:**

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder/Alter: \_\_\_\_\_

Zu pflegende Menschen: \_\_\_\_\_ Zeitaufwand: \_\_\_\_\_

Körperliche Belastung: Ja  , welche \_\_\_\_\_  
Nein

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja   
Nein

**Berufliche Situation:**

Beruf: \_\_\_\_\_ Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ Schicht: \_\_\_\_\_

Körperliche Belastung: Ja  , welche \_\_\_\_\_  
Nein

Emotionale-, psychische Belastung, Stress: Ja   
Nein

**Freizeit Situation:**

TV- Stunden / Tag \_\_\_\_\_, PC- Std. pro Tag \_\_\_\_\_, Smartphone- Stunden / Tag \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten: \_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Stunden / Woche \_\_\_\_\_

Orthopädischer Anamnesebogen

**Allgemeine Angaben**

**Größe:** \_\_\_\_\_, **Gewicht:** \_\_\_\_\_, **Puls:** \_\_\_\_\_, **Blutdruck:** \_\_\_\_\_,

**Kreislaufbeschwerden:** ja  nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Cholesterin:** \_\_\_\_\_

**Osteoporose/ Knochendichte:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_, **Gewicht:** \_\_\_\_\_, **Puls:** \_\_\_\_\_, **Blutdruck:** \_\_\_\_\_

**Kreislaufbeschwerden:** ja , nein  Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Zahnersatz:** \_\_\_\_\_ **Material:** \_\_\_\_\_

**Füllungen:** \_\_\_\_\_ **Material:** \_\_\_\_\_

**Amalgam Entfernung:** ja , nein ,

Wenn Ja, wurde eine **Ausleitung** durchgeführt? ja , nein

**Trinkmenge:** Gesamt: \_\_\_\_\_ L/Tag, Kaffee: \_\_\_\_\_ L/Tag,

Wasser: \_\_\_\_\_ L/Tag, zuckerhaltige Getränke: \_\_\_\_\_ L/Tag, Alkohol: \_\_\_\_\_ L/Tag

**Verdauungsbeschwerden:** ja , nein  wenn ja , welche? \_\_\_\_\_

Beschwerden mit Stuhlgang und /oder Wasserlassen? \_\_\_\_\_

**Schlaf:** \_\_\_\_\_ Stunden pro Nacht, \_\_\_\_\_ Stunden tagsüber

Nach dem Schlaf bin ich:  erholt  nicht erholt

**Regelbeschwerden:** ja , nein  wenn ja , welche? \_\_\_\_\_

**Besonderheiten meiner Geburt:** \_\_\_\_\_

(Kaiserschnitt, Steißlage, Saugglocke, etc.)

**Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

(Einlagen, Korsett, Bandagen, Brille, Hörgerät, Stock, etc.)

Orthopädischer Anamnesebogen

Operationen (Z.B. Herz, Bandscheibe, etc.)	Datum der Operation	Welche Restbeschwerden bestehen noch? Welche Beschwerden traten danach auf?

Zur Zeit bestehende Erkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Diabetes, etc.)	Seit wann bestehend	Welches Medikament nehmen Sie dafür ein?

Folgendes trifft auf mich zu:		ja	nein
1.	Nachtschweiß		
2.	Länger bestehendes unerklärtes Fieber		
3.	Aktueller unerklärbarer Gewichtsverlust (mehr als 5 KG im Monat)		
4.	Kortison oder kortikosteroide Medikamente über längere Zeit genommen		
5.	Konstanter Schmerz, der sich nicht verändert durch Ruhe oder Positionsveränderung		
6.	Krebs in der Vorgeschichte, HIV, Immunschwäche durch Medikamente		
7.	Infektion zur Zeit oder vor kurzem		
8.	Allgemeines Unwohlsein		
9.	Nächtliche Schmerzen		
10.	Gefühlsverlust, Kraftverlust		
11.	Zeckenbiss		

Weitere Krankheiten in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_

**Familiäre Erkrankungen:**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

**Grund der Konsultation:**

---

---

**Schmerzangaben**

Bitte geben Sie zuerst die vorrangigen, am meisten belastenden Schmerzen an und die am wenigsten belastenden Schmerzen als letztes.

**Aktuelle Schmerzen, Region I:**

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Schmerzen, Region II:**

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Schmerzen, Region III:**

Wo? \_\_\_\_\_ + zusätzliche Schmerzzeichnung nächste Seite

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wodurch ausgelöst? \_\_\_\_\_

Wann oder wobei treten sie auf? \_\_\_\_\_

Wann oder wodurch können Sie sie lindern? \_\_\_\_\_

(Sollten Sie aktuell in weiteren Regionen Schmerzen haben, so führen Sie diese bitte zusätzlich auf.)

**Schmerzzeichnung**

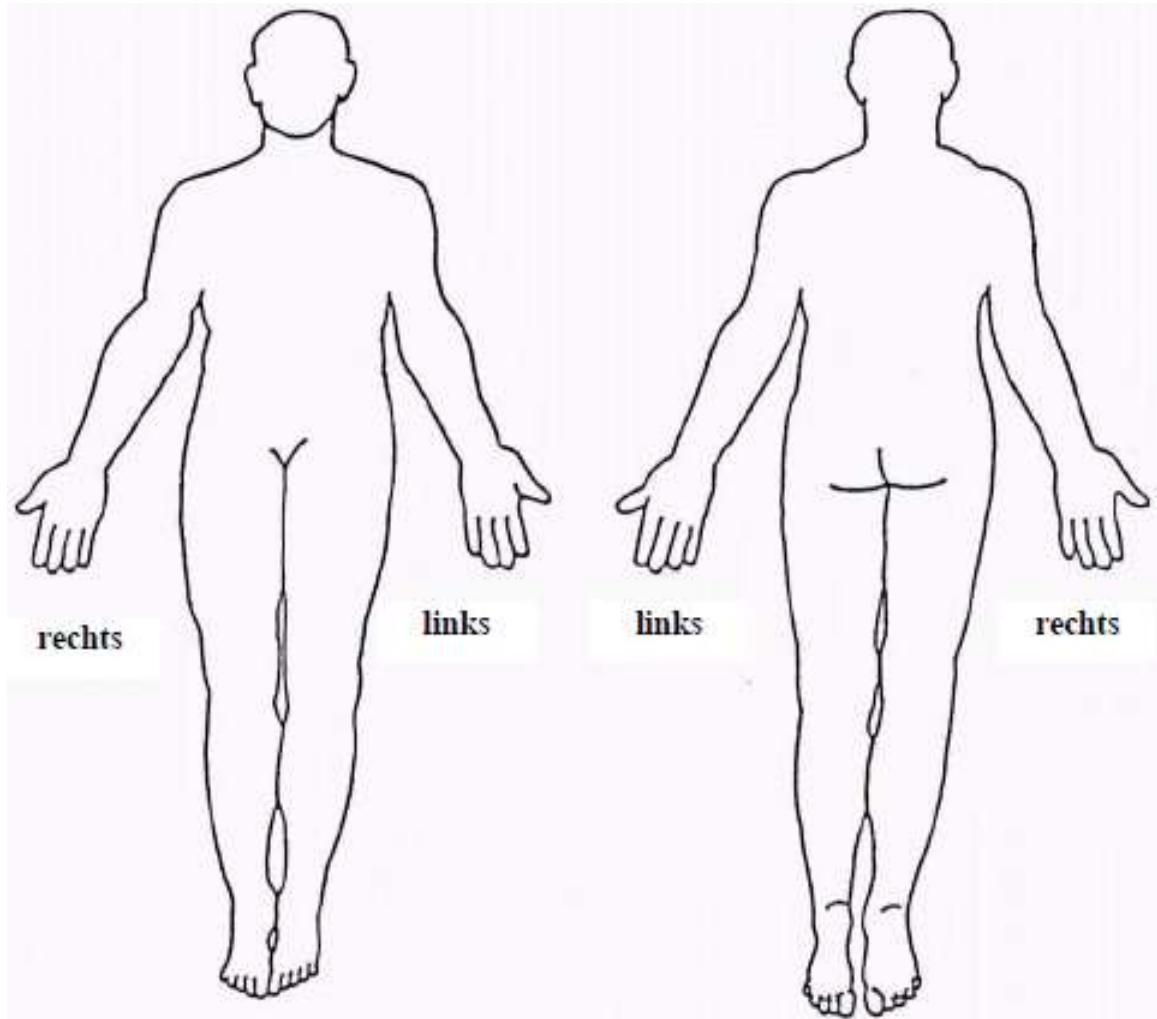
Markieren Sie bitte in der folgenden Zeichnung **umrandet und schraffiert**, wo sie **die aktuellen Schmerzen** haben.



**Taubheit** markieren Sie bitte **nur umrandet**.

**vorne**

**hinten**



**Schmerzintensität (11 Punkte NRS)**

Bitte tragen Sie die aktuellen Schmerzintensitäten der Regionen I-III mit I, II, III in die Tabelle ein.

keinerlei Schmerz

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

stärkster Schmerz, den ich mir vorstellen kann

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Beschwerden im Bereich des Kopfes:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellungen             | <input type="checkbox"/> Haare                    |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen            | <input type="checkbox"/> Augen                    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                | <input type="checkbox"/> Nase /Nasen-,Stirnhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus /Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Mund                     |
| <input type="checkbox"/> Taubheit                 | <input type="checkbox"/> Rachen Tonsillitis       |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich der Arme / Hände:**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust           |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit   | <input type="checkbox"/> Sonstiges              |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich der Beine / Füße:**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Schwellung | <input type="checkbox"/> Kraftverlust           |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen  | <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> Taubheit   | <input type="checkbox"/> Sonstiges              |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich des Brustkorbs:**

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Engegefühl |
| <input type="checkbox"/> Atemnot   | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich des Oberbauches:**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen   | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Beschwerden im Bereich des Unterbauches/Unterleibes:**

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen   | <input type="checkbox"/> Völlegefühl |
| <input type="checkbox"/> Druckgefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |

Kurze Beschreibung: \_\_\_\_\_

**Bitte verwenden Sie für weitere wichtige Informationen ein Extrablatt.**