

INTERDISZIPLINÄRER ANAMNESEBOGEN – BASIS

1. Anlass der Behandlung

Was führt Sie / Ihr Kind zu uns?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

weniger als 2 Wochen 2–6 Wochen länger als 6 Wochen treten wiederholt auf

Wie sind die Beschwerden entstanden?

nach Operation nach Unfall Arbeitsunfall im Zusammenhang mit Erkrankung
schleichend angeboren unklar

Operation (falls zutreffend): Art: _____ Datum: _____

2. Gesundheitlicher Hintergrund

Chronische Erkrankung vorhanden? nein ja

Falls ja, welche? _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Hilfsmittel: Orthese. Gehhilfe Rollstuhl. Hörgerät Brille. andere _____

Finden aktuell weitere Therapien statt?

nein ja

Falls ja:

Physiotherapie. Ergotherapie. Logopädie. Osteopathie. Psychotherapie
 Frühförderung andere: _____

3. Einschätzung Ihrer aktuellen Situation (letzte 7 Tage)

Wie stark haben Sie sich im Alltag in den folgenden Bereichen beeinträchtigt gefühlt?

0 = keine Beeinträchtigung 10 = sehr starke Beeinträchtigung

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewegung / Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraft / Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewicht / Unsicherheit / Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständigkeit im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit / Schule / Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit / Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimme / Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken / Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energie / Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelisches Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schmerz (falls relevant)

Wie stark haben Sie Ihre Schmerzen in den letzten 7 Tagen erlebt?

(0 = kein Schmerz 10 = sehr starker Schmerz)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schmerzintensität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nachtschmerz Ruheschmerz belastungsabhängig

4. Ihre wichtigsten Therapieziele

Diese Ziele helfen uns, die Therapie gemeinsam auszurichten.

Was ist Ihnen im Alltag oder Leben im Moment besonders wichtig? (Ziele können Verbesserung oder Stabilisierung bedeuten.)

Wie zufrieden sind Sie aktuell damit?

0 = überhaupt nicht zufrieden 10 = sehr zufrieden

Ziel 1: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ziel 2: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ziel 3: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Lebensumfeld (freiwillig)

Wohnumfeld: ebenerdig mit Treppen Aufzug nicht relevant

Pflegegrad vorhanden? nein ja – Grad _____

6. Sprache & Verständigung (freiwillig)

Können Sie sich auf Deutsch gut verständigen?

ja eingeschränkt Unterstützung durch Angehörige

7. Gibt es noch etwas, das wir in der Therapie berücksichtigen sollten?