



## raum für gesundheit

Physiotherapie · Osteopathie · Prävention  
Alexander & Patricia Brunner

### Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so genau wie möglich, damit die Behandlung bestmöglich auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Mobil

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

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Beihilfe ja/nein

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt

\_\_\_\_\_  
Beruf

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute in unsere Praxis?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann und wie haben Ihre Beschwerden ihren Anfang genommen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind bereits medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen durchgeführt worden? Wenn ja, welche? (z.B. Medikamente, Physiotherapie, Ergotherapie, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## raum für gesundheit

Physiotherapie · Osteopathie · Prävention  
Alexander & Patricia Brunner

Welche diagnostischen Maßnahmen sind durchgeführt worden? (z.B. Röntgen, CT)

---

---

Hatten Sie Unfälle? Wenn ja, wann und welche?

---

---

Mussten Sie sich Operationen unterziehen? Wenn ja, wann und welchen?

---

---

Haben Sie akute und chronische Erkrankungen? Bitte hier mitteilen:

---

---

Waren oder sind sie noch wegen anderer Beschwerden in Behandlung?  
Wenn ja, wegen welcher?

---

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

---

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen coronaspezifische Symptome wie trockener Husten, Fieber, Schnupfen oder Muskelschmerzen oder Kontakt zu einer an Corona erkrankten Person?

Ja  Nein

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Informationen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift