

Anamnesebogen: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____

Datum: _____

Beruf: _____

Alter: _____

Hobby/Sport: _____

Allgemeines Befinden / Schlafstörungen / akute Infekte / Schwindel / Kopfschmerzen:

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden (seit wann):

Schmerzskala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzcharakteristik: stechend dumpf oder anders _____

Vorerkrankung / Operationen / Unfälle : _____

Medikamente / Schmerzmittel, Beta-Blocker etc. _____

Bisherige Behandlung: _____

Welche Erwartungen haben Sie an die Behandlung: _____
