



ANAMNESEBOGEN

## Wirbelsäule

---

### Ihre Daten:

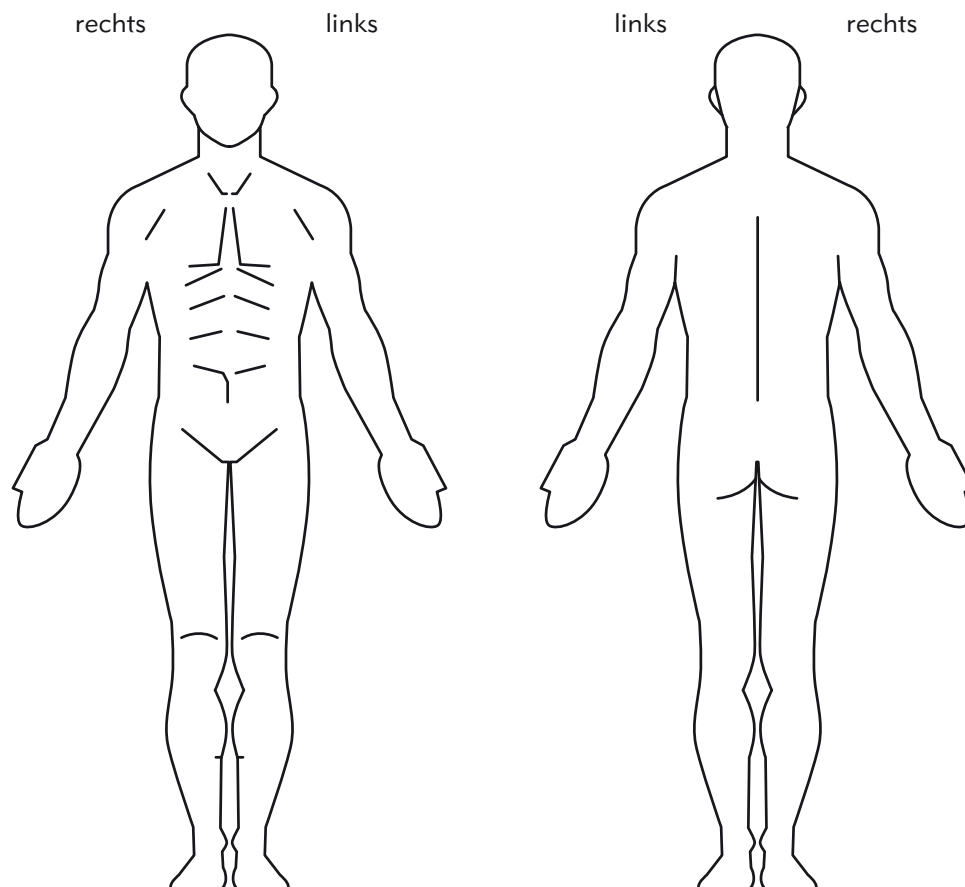
Name: .....

Geburtsdatum: ..... / ..... / ..... Größe: ..... cm, Gewicht: ..... kg

### Haben Sie Schmerzen?

Nein  Ja Seit wann? .....

### Bitte zeichnen Sie den Schmerzbereich an den Figuren ein



**Besteht eine Muskelschwäche (Ausfall der Arme oder Beine)?**

Nein       Ja

**Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert?**

Nein       Ja      Wann? ..... In welcher Höhe (zB. L5/S1): .....

**Hatten Sie einen Unfall/Sturz mit Verletzung der Wirbelsäule?**

Nein       Ja      Wann? .....

**Ist eine Grunderkrankung bekannt? (eine wichtige Erkrankung, insbesondere Krebserkrankung)**

Nein       Ja      Wann? .....

**Gibt es Voruntersuchungen? Wann und wo durchgeführt?**

Röntgen .....

CT .....

MRT .....

**Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.**

.....  
DATUM

.....  
UNTERSCHRIFT DER/DES PATIENTIN/EN