

Anamnesebogen für Patienten – Schulter

1. Patientenstammdaten:

- Name: _____
- Geburtsdatum: _____
- Anschrift: _____
- Telefonnummer: _____
- Beruf: _____

2. Anamnese:

a) Aktuelle Beschwerden:

- Seit wann bestehen die Beschwerden? _____
- Schmerzlokalisierung (z.B. vorderer, seitlicher oder hinterer Schulterbereich): _____
- Schmerzcharakter (ziehend, stechend, dumpf, brennend): _____
- Schmerzintensität (Skala 0–10): _____
- Schmerzen in Ruhe? Ja Nein
- Schmerzen bei Belastung? Ja Nein
- Nachtschmerz? Ja Nein
- Ausstrahlungen? Ja Nein – Wenn ja, wohin? _____

-
- Bewegungseinschränkungen? Ja Nein – Wenn ja, welche? _____

-
- Schwellung, Rötung oder Überwärmung? Ja Nein
 - Knacken oder Reiben im Gelenk? Ja Nein
 - Instabilitätsgefühl? Ja Nein

b) Unfall oder Trauma:

- Gab es ein konkretes Ereignis? _____

-
- Wann und wie ist es passiert? _____

c) Vorerkrankungen:

- Schulteroperationen? Ja Nein – Wenn ja, welche und wann? _____

• Frühere Verletzungen an der Schulter? Ja Nein – Wenn ja, welche? _____

• Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Rheuma)? _____

• Gelenkersatz oder Implantate? _____

d) Medikamenteneinnahme:

• Schmerzmittel? Ja Nein

• Entzündungshemmer? _____

• Sonstige Medikamente? _____

e) Bekannte BSV:

Gab es schon Bandscheibenvorfälle in der Brust- oder Halswirbelsäulenbereich?

Ja Nein – Wenn ja, wo? _____

f) Andere Behandlungen:

Wurden Sie schon mit dieser Diagnose von anderen Therapeuten/innen behandelt? Ja Nein

3. Funktionelle Tests:

• Arm über Kopf greifen (z.B. Haare kämmen): möglich eingeschränkt nicht möglich

• Hand hinter den Rücken legen: möglich eingeschränkt nicht möglich

• Gewicht halten oder heben: möglich eingeschränkt nicht möglich

4. Zielsetzung und Therapieplanung:

• Schmerzreduktion: Ja Nein

• Verbesserung der Beweglichkeit: Ja Nein

• Kraftaufbau: Ja Nein

• Verbesserung der Stabilität: Ja Nein

• Alltagserleichterung: Ja Nein

• Sonstiges: _____

Datum und Unterschrift des Patienten: _____