ANAMNESEBOGEN

EMS Beckenboden Therapie

Annette Fneiche

Telefon: (07131) 4050729 | E-Mail: hallo@annette-fneiche.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

Schweregrad der Beschwerden:

leicht

bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit. Ihre Angaben helfen uns dabei, eine optimale und individuelle Behandlung für Sie zu planen.

1. PERSÖNLICHE DATEN Nachname: Vorname: Geburtsdatum: Alter: Geschlecht: □ weiblich Anschrift (Straße, PLZ, Ort): Telefon: E-Mail: 2. AKTUELLE BESCHWERDEN Was führt Sie zu uns? (Mehrfachnennung möglich) ☐ Harninkontinenz (unkontrollierter Harnverlust) ☐ Stuhlinkontinenz (unkontrollierter Stuhlverlust) ☐ Rückbildung nach Schwangerschaft ☐ Beckenbodenschwäche ☐ Sexuelle Probleme Rückenschmerzen Senkungsbeschwerden Vorbeugende Stärkung Sonstige Beschwerden: Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ mittel

stark

sehr stark 3. MEDIZINISCHE VORGESCH	ICHTE	
Schwangerschaften und Geburten: Anzahl Schwangerschaften:	Anzahl Geburten:	Datum letzte Geburt:
Art der Entbindung(en): Spontangeburt	☐ Kaiserschnitt	☐ Saugglocke/Zange
Episiotomie (Dammschnitt)		
Operationen im Beckenbereich:		
Aktuelle Medikamente:		
Bekannte Allergien:		
Chronische Erkrankungen:		
4. LEBENSSTIL		
Sportliche Aktivitäten:		
Berufliche Tätigkeit:		
überwiegend sitzend	☐ überwiegend stehend	körperlich belastend
Haben Sie schon einmal Beckenbode		
☐ Ja Falls ja, wann und wo:	☐ Nein	
5. BEHANDLUNGSZIELE		

Was möchten Sie durch die Behandlung erreichen?		
Haben Sie Bedenken oder Ängste bezüglich der Behandl	ung?	
6. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG		
☐ Ich bin über die EMS Beckenboden Therapie aufgek	lärt worden und stimme der Behandlung zu.	
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Behandlungsplanung und -dokumentation verwendet werden.		
☐ Ich wurde über die Datenschutzbestimmungen inforr	niert und stimme diesen zu.	
Datum, Unterschrift Patient/in	Datum, Unterschrift Therapeutin	

FÜR THERAPEUTEN	
Befund:	
Behandlungsplan:	_
Anmerkungen:	