

# 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: \_\_\_\_\_