

# Anamnesebogen für Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht

## Persönliche Informationen:

- Name: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- Geschlecht:  M  W  Andere
- Adresse: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_
- E-Mail: \_\_\_\_\_
- Beruf: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Hobbys: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Schmerzproblematik:

1. Wo genau haben Sie Schmerzen? (Bitte markieren Sie die Schmerzbereiche auf den Skizzen des Körpers.)

Vorderansicht:

Rückansicht:

2. Seit wann haben Sie diese Schmerzen?  
○ \_\_\_\_\_
3. Wie haben die Schmerzen begonnen? (plötzlich, allmählich, nach einer bestimmten Aktivität)  
○ \_\_\_\_\_
4. Wie würden Sie die Art der Schmerzen beschreiben? (stechend, ziehend, brennend, dumpf)  
○ \_\_\_\_\_
5. Wie intensiv sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10? (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)  
○ \_\_\_\_\_
6. Gibt es bestimmte Bewegungen oder Aktivitäten, die die Schmerzen auslösen oder verstärken?  
○ \_\_\_\_\_

7. Gibt es Zeiten, in denen die Schmerzen besser oder schlimmer sind? (z.B. morgens, abends, nach dem Essen)

○ \_\_\_\_\_

### **Medizinische Vorgeschichte:**

1. Haben Sie andere chronische Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme?

○ \_\_\_\_\_

2. Haben Sie schon einmal eine Diagnose oder Behandlung für Ihre Schmerzen erhalten? Wenn ja, welche?

○ \_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

○ \_\_\_\_\_

4. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

○ \_\_\_\_\_

5. Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen oder Verletzungen, insbesondere im Zusammenhang mit den aktuellen Schmerzen?

○ \_\_\_\_\_

### **Frühere Behandlungen und Therapien:**

1. Welche Therapien oder Behandlungen haben Sie bisher ausprobiert? (z.B. Physiotherapie, Chiropraktik, Akupunktur)

○ \_\_\_\_\_

2. Haben diese Behandlungen eine Verbesserung gebracht? Wenn ja, in welchem Umfang?

○ \_\_\_\_\_

### **Lebensstil und Gewohnheiten:**

1. Wie oft treiben Sie körperliche Aktivität oder Sport? Bitte beschreiben Sie Ihre Aktivitäten.

○ \_\_\_\_\_

2. Haben Sie in Ihrem Alltag Bewegungsmuster, die Ihre Schmerzen beeinflussen könnten? (z.B. lange Sitzzeiten, einseitige Belastungen)

○ \_\_\_\_\_

3. Wie ist Ihre Ernährung? Gibt es bestimmte Lebensmittel, die Ihre Schmerzen beeinflussen?

○ \_\_\_\_\_

4. Wie ist Ihre Schlafqualität? Haben Sie Schlafprobleme?

○ \_\_\_\_\_

### **Emotionale und psychosoziale Aspekte:**

1. Haben Sie aktuell Stress? Wenn ja, wodurch wird dieser verursacht?  
○ \_\_\_\_\_
2. Wie würden Sie Ihr allgemeines emotionales Befinden beschreiben?  
○ \_\_\_\_\_
3. Haben Sie Unterstützung durch Familie oder Freunde?  
○ \_\_\_\_\_

### **Ziele und Erwartungen an die Therapie:**

1. Was sind Ihre Ziele und Erwartungen an die Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht?  
○ \_\_\_\_\_
2. Welche Aktivitäten oder Lebensbereiche möchten Sie durch die Therapie verbessern?  
○ \_\_\_\_\_

**Einwilligung:** Hiermit bestätige ich, dass alle oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die Erlaubnis gebe, diese Informationen für meine Behandlung zu verwenden.

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_ Datum:  
\_\_\_\_\_

Unterschrift des Therapeuten: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

---

Dieser Anamnesebogen soll dabei helfen, ein umfassendes Bild Ihrer gesundheitlichen Situation und Ihrer spezifischen Schmerzproblematik zu gewinnen, um die Therapie nach Liebscher & Bracht optimal auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen.