Ergotherapie Praxis Handtherapie
Sabine Haas-Schinzel | Weissenhorn

Patienten Anamnese
Selbstauskunft zum Ankreuzen

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor dem ersten Termin aus und bringen Sie ihn mit. Kreuzen Sie Zutreffendes an.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer ergotherapeutischen Behandlung.

1. Persönliche Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich / männlich / divers _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Telefon / Handy: _____

E-Mail: _____

Hausärztin / Hausarzt, Name und Ort: _____

Behandelnde Fachärztin / Facharzt, z. B. Handchirurgie, Orthopädie, Neurologie: _____

Notfallkontakt, Name und Telefon: _____

2. Versicherung und Verordnung

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Beihilfe ☐ Selbstzahler

Krankenkasse: _____

Versichertennummer / Versicherungsnummer: _____

☐ Verordnung vorhanden ☐ Keine Verordnung ☐ Privatrezept

Diagnose auf der Verordnung, falls bekannt: _____

Verordnende Ärztin / Arzt und Datum der Verordnung: _____

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung

Anzahl verordneter Einheiten, falls bekannt: _____

3. Aktuelle Beschwerden, Hand und Arm

Welche Seite ist betroffen? Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich.

☐ Rechte Hand ☐ Linke Hand ☐ Beide Hände ☐ Rechter Arm ☐ Linker Arm

Händigkeit

☐ Rechtshänderin / Rechtshänder ☐ Linkshänderin / Linkshänder ☐ Beidhändig

Seit wann bestehen die Beschwerden?

☐ Seit wenigen Tagen ☐ Seit wenigen Wochen ☐ Seit 1 bis 3 Monaten ☐ Seit über 3 Monaten ☐ Seit über 12 Monaten

Genaues Datum, falls bekannt, z. B. Unfalltag, OP Datum: _____

Was ist passiert? Ursache, bitte ankreuzen.

☐ Unfall, z. B. Sturz, Schnitt, Quetschung
☐ Operation an Hand, Finger oder Arm
☐ Überlastung oder wiederholte Belastung im Beruf oder Alltag
☐ Entzündung, z. B. Sehnenscheidenentzündung, Arthritis
☐ Nervenerkrankung oder Nervenverletzung, z. B. Karpaltunnelsyndrom, CRPS
☐ Verschleiß, Arthrose
☐ Unklare Ursache, schleichender Beginn
☐ Sonstiges, bitte unten beschreiben:

Beschreibung des Auslösers und des Verlaufs in eigenen Worten:

4. Diagnose und bisherige Behandlung

Bekannte Diagnosen, bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich.

☐ Fraktur, Bruch, bitte Knochen nennen:

- [ ] Sehnenverletzung oder Sehnenentzündung
- [ ] Bänderverletzung oder Bandinstabilität
- [ ] Karpaltunnelsyndrom
- [ ] Schnellender Finger, Triggerfinger
- [ ] Dupuytren Kontraktur
- [ ] Rhizarthrose, Daumensattelgelenkarthrose
- [ ] Arthrose in anderen Fingergelenken
- [ ] Rheumatoide Arthritis oder andere rheumatische Erkrankung
- [ ] CRPS, komplexes regionales Schmerzsyndrom
- [ ] Nervenverletzung, bitte Nerven nennen:
- [ ] Wunde, Narbe, Verbrennung
- [ ] Amputation oder Teilamputation
- [ ] Sonstige Diagnose:

Operationen an Hand oder Arm, welche und wann: _____

Bisherige Therapien, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Schienenversorgung: _____

☐ Röntgen erfolgt ☐ MRT erfolgt ☐ CT erfolgt ☐ Nervenmessung erfolgt

Weitere Befunde oder Arztbriefe vorhanden? Bitte mitbringen: Ja / Nein _____

5. Schmerzen und Empfinden

Wie stark sind Ihre Schmerzen aktuell?

Schmerz in Ruhe:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

0 = kein Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Schmerz bei Belastung:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

0 = kein Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Stärkster Schmerz in der letzten Woche:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

0 = kein Schmerz 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz

Art des Schmerzes, bitte ankreuzen.

- [ ] Stechend
- [ ] Brennend
- [ ] Ziehend
- [ ] Dumpf, drückend
- [ ] Pulsierend, klopfend
- [ ] Elektrisierend, einschießend

Wann treten die Schmerzen auf?

☐ In Ruhe ☐ Nachts ☐ Bei Belastung ☐ Nach Belastung ☐ Dauerhaft

Empfinden und Haut

- [ ] Taubheit oder Kribbeln
- [ ] Überempfindlichkeit bei Berührung
- [ ] Kälte oder Wärmeempfindlichkeit
- [ ] Schwellung
- [ ] Farbveränderung der Haut, z. B. rötlich, bläulich, blass
- [ ] Vermehrtes oder vermindertes Schwitzen
- [ ] Veränderte Nagel oder Haarwuchs, dünne oder glänzende Haut
- [ ] Steifigkeit, vor allem morgens

Was lindert die Beschwerden: _____

Was verstärkt die Beschwerden: _____

6. Funktion im Alltag, bitte ehrlich ankreuzen

Was fällt Ihnen aktuell schwer?

- [ ] Greifen und Halten, z. B. Flasche, Tasse, Schlüssel
- [ ] Schreiben, Tippen oder Handy bedienen
- [ ] Anziehen, Knöpfe, Reißverschluss, Schuhe binden
- [ ] Körperpflege, z. B. Waschen, Haare kämmen, Zähne putzen
- [ ] Essen und Trinken, z. B. Schneiden, Besteck halten
- [ ] Haushalt, z. B. Kochen, Putzen, Wäsche
- [ ] Berufliche Tätigkeiten
- [ ] Hobbys, Sport, Musikinstrument
- [ ] Tragen von Lasten, z. B. Einkaufstasche
- [ ] Feinmotorik, z. B. Kleinteile, Schrauben, Nähen

Welche Tätigkeiten sind Ihnen am wichtigsten, die Sie wieder können möchten: _____

Schiene oder Hilfsmittel

☐ Keine Schiene ☐ Nachtschiene ☐ Tagesschiene ☐ Tape ☐ Bandage

Wer hat die Schiene verordnet oder angepasst: _____

☐ Ich trage die Schiene regelmäßig wie empfohlen
☐ Ich habe Probleme mit der Schiene, bitte beim Termin ansprechen

7. Allgemeine Gesundheit

Vorerkrankungen, bitte ankreuzen.

☐ Diabetes mellitus, Zuckerkrankheit
☐ Bluthochdruck
☐ Herzerkrankung
☐ Durchblutungsstörung, z. B. Raynaud Syndrom
☐ Rheuma oder Autoimmunerkrankung
☐ Neurologische Erkrankung, z. B. Parkinson, Multiple Sklerose, Polyneuropathie
☐ Psychische Erkrankung, z. B. Depression, Angststörung, bitte nur wenn Sie es angeben möchten
☐ Tumorerkrankung
☐ Allergien, bitte unten nennen:
☐ Wundheilungsstörung oder Keloidneigung
☐ Schwangerschaft oder Stillzeit

Allergien, Unverträglichkeiten, z. B. Latex, Pflaster, Desinfektion: _____

Aktuelle Medikamente, bitte alle nennen, auch Schmerzmittel und Blutverdünner: _____

Operationen, andere als Hand, bitte nennen: _____

Lebensstil, nur soweit für die Therapie relevant.

☐ Raucherin / Raucher ☐ Nichtraucherin / Nichtraucher ☐ Ehemals Raucherin / Raucher

Beruf, Tätigkeit: _____

Arbeitsunfähig seit, falls zutreffend: _____

☐ Rechtshändig tätig ☐ Linkshändig tätig ☐ Wechselnd

8. Ziele und Erwartungen

Was ist Ihr wichtigstes Ziel für die Ergotherapie? Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung möglich.

☐ Schmerzen lindern
☐ Beweglichkeit verbessern
☐ Kraft aufbauen
☐ Narbe lockern und pflegen
☐ Alltag wieder selbstständig bewältigen
☐ Wieder arbeiten können
☐ Sport oder Hobby wieder ausüben
☐ Schiene anpassen oder kontrollieren
☐ Beratung zu Hilfsmitteln, Arbeitsplatz oder Belastung

Ihr persönliches Ziel in eigenen Worten, z. B. Ich möchte wieder ...:

Gibt es etwas, das wir unbedingt wissen sollten, z. B. Ängste, Sprachbarrieren, Betreuung: _____

9. Einwilligung und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben nach bestem Wissen richtig sind.
Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erfolgt und dass ich bei Verschlechterung, Fieber, starker Schwellung, starkem Schmerz oder Wundproblemen umgehend ärztlichen Rat einhole.

☐ Ich bin mit der ergotherapeutischen Behandlung einverstanden.
☐ Ich bin mit der Dokumentation meiner Daten in der Praxis einverstanden.
☐ Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf Rücksprache mit der verordnenden Ärztin oder dem Arzt gehalten wird.
☐ Ich habe die Datenschutzhinweise der Praxis erhalten oder eingesehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient oder gesetzliche Vertretung: _____

Unterschrift Therapeutin / Therapeut, Praxisintern: _____

Praxisintern, bitte nicht vom Patienten ausfüllen

Befund und Therapieplanung, Handtherapie

Datum Ersttermin:

Dominante Hand bestätigt:

Befund, Beweglichkeit, Kraft, Sensibilität, Ödem, Narbe:

Befund:

Behandlungsziele, gemeinsam festgelegt:

Behandlungsplan, z. B. Mobilisation, Kräftigung, Narbenbehandlung, Schienenversorgung, ADL Training:

Schienenversorgung, Art und Anpassung:

Verlauf und nächste Kontrolle:

Notizen: