



Anamnesebogen

Teil I – Aufnahmeformular

Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Geboren am	

Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
E-Mail			

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name	
Vorname	
Geboren am	

Allgemeine Angaben

Familienstand Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Kinder (Name, Geburtsjahr)	<ul style="list-style-type: none">••••
----------------------------	---

Beruf	
-------	--

Art der Tätigkeit Sie stehen viel. Sie sitzen viel. Sie arbeiten körperlich.

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, wegen:
--	--------------------------------	-------------------------------------

Name des behandelnden Arztes Heilpraktikers	
Fachgebiet	



Teil II – Ihre Gesundheit

Warum ist dieses Formular so wichtig?

In meiner Praxis richte ich den Fokus auf Ihre persönliche Gesundheit. Das Ziel ist, mich zunächst mit dem Grund Ihres Besuches genauer zu befassen, um Sie dann bestmöglich betreuen zu können.

Wir sind täglich physischem und emotionalem Stress ausgesetzt, der auf Dauer seine Spuren im Körper hinterlässt und mit einem Verlust der Gesundheit einhergehen kann, ohne dass wir es gleich bemerken.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen, damit ich mir ein Bild Ihres spezifischen Stresspegels | Gesundheitszustandes machen kann.

Ggfs. benötige ich ein ärztliches Attest Ihres behandelnden Arztes.

Herzlichen Dank!

Sie hatten oder haben:

Unfälle Stürze	
Knochenbrüche	
Operationen	
Künstliche Gelenke	
Krebserkrankungen	
Allergien Unverträglichkeiten	
Alzheimer Demenz	
Chronische Erkrankung der Muskeln (Rheuma, ...)	
Akute Lumbago (Ischiassyndrom)	
Psychotische Zustände	
Herzinsuffizienz	
Akute Arthritiden	
Bluthochdruck	

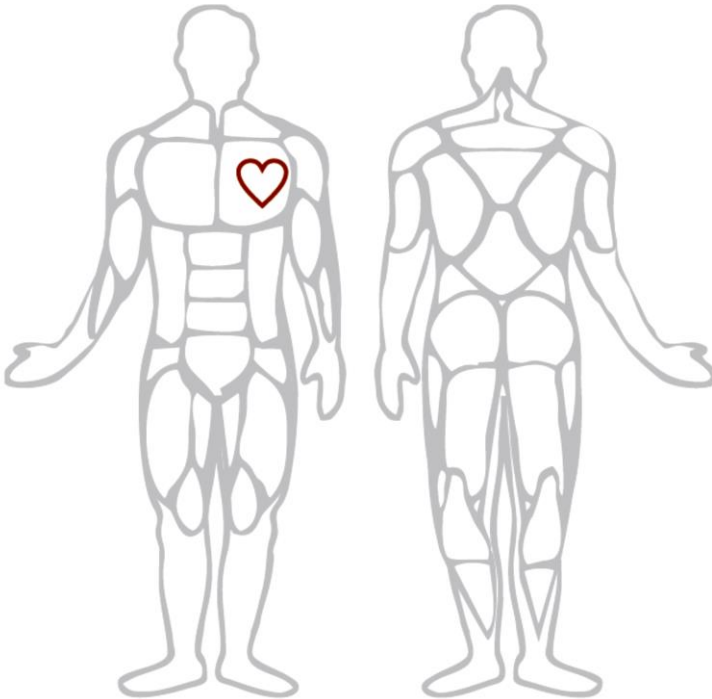
An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

<ul style="list-style-type: none">•••••



Gibt es derzeit ein Problem | Schmerzen an der Muskulatur?

Bitte markieren Sie ggfs. die Problembereiche in der Grafik!



Seit wann haben Sie die Probleme?

- Tage
 Wochen
 Monate
 Jahre
 schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

- gleich geblieben
 besser geworden
 schlechter geworden

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

- Arbeiten
 Sitzen
 Laufen
 Schlafen | Entspannen

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn:	
Ihr Problem verbessert sich, wenn:	
Wurden deshalb andere Therapeuten aufgesucht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde, ...)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sie haben keine Beschwerden und sind vorsorglich hier.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja



Hier finden Sie sich wieder:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Häufige Blockierungen | <input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Veränderte Essgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwüre | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Augenzucken | <input type="checkbox"/> Unscharfes Sehen | <input type="checkbox"/> Veränderte Stuhlgewohnheiten |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Doppelbildersehen | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Knochenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Tote Zähne | <input type="checkbox"/> Geruchsstörung | <input type="checkbox"/> Geschmacksstörung |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | |

Das Alltägliche

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Std. Schlaf Nacht | <input type="checkbox"/> Tassen Kaffee Tag | <input type="checkbox"/> l Flüssigkeit Tag | <input type="checkbox"/> Zigaretten Tag |
| <input type="checkbox"/> Std. Sport Woche | <input type="checkbox"/> Mahlzeiten Tag | <input type="checkbox"/> Gläser Alkohol Woche | <input type="checkbox"/> Woche schwanger |

Sportarten	
------------	--

Beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand auf einer Skala von 1-6!

(1 = sehr gut | 6 = ungenügend)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sport Bewegung | <input type="checkbox"/> Trinken Essen | <input type="checkbox"/> Emotionale Ausgeglichenheit Stress |
| <input type="checkbox"/> Schlaf | <input type="checkbox"/> Generelle Gesundheit | |

Beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand auf einer Skala von 1-6!

(1 = sehr gut | 6 = ungenügend)

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beruf | <input type="checkbox"/> Privat |
|--------------------------------|---------------------------------|