

Anamnesebogen



Sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich die notwendige Zeit, um diesen für uns hilfreichen Bogen auszufüllen, er dient insbesondere mir als Ihr Therapeut Ihnen eine möglichst effektive, individuelle Therapie anbieten zu können. Beantworten Sie so viele Fragen wie möglich. Sollten Sie bestimmte persönliche Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt. Ich weise an dieser Stelle ausdrücklich daraufhin, dass meine Mitarbeiter und ich der therapeutischen Schweigepflicht unterlegen sind/bin.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

e-Mail: _____

Familienstand: **ledig - verheiratet - geschieden - getrennt lebend**

Kinder (Name und Geburtsjahr):

Name des Hausarztes:Telefon des Hausarztes: _____

Adresse des Hausarztes: _____

Art der Krankenversicherung: **gesetzlich - privat - Zusatzversicherung für Heilpraktiker**

Name der Krankenversicherung: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich „Vorname/Name“ des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

e-Mail: _____

Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? Haben Sie Spaß an Ihrem Beruf?

Beruf: _____ Spassfaktor: (1 kein Spass, 10 sehr viel Spass): _____

Wie schätzen Sie Ihr Aktivitäts-/Belastungsprofil über den Tag ein?

überwiegend stehend - überwiegend sitzend - überwiegend gehen/laufen

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Freunde - Bekannte - Nachbarn - Internet/Homepage - Flyer - Visitenkarten - Sonstiges

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Wann? _____

Wo? _____

Mit dem gleichen Problem weshalb Sie heute bei mir in der Praxis sind?

Befinden Sie sich aufgrund Ihres Problems weshalb Sie hier sind, in ärztlicher, psychotherapeutischer, anderweitig heilpraktischer, physiotherapeutischer oder sonstiger Behandlung? ja - nein

Wenn Ja, seit wann? _____

bei wem? _____

mit welchem Ziel? _____

Welche Erwartungshaltung verbinden Sie mit dem Besuch in meiner Praxis?

Gibt es aus Ihrer Sicht einen Auslöser für die/den Einschränkung/Schmerz, der Sie in meine Praxis führt (Stichworte)? _____

Was ist Ihr größtes Glück in Ihrem Leben? Woraus ziehen Sie die Kraft für Ihren Alltag?

Gab es Unfälle oder Stürze? _____

Haben Sie Narben (Bedenken Sie, dass auch eine Mandel- oder eine Dammschnitt-OP eine Narbe hinterlässt)?

Welche Vorteile ergeben sich für Sie aufgrund der Einschränkung/Krankheit?

Was können Sie sich vorstellen, zu Ihrer eigenen Wiedergenesung selbst beitragen zu können?

mehr Bewegung - früher ins Bett - weniger arbeiten - reduzieren von Zucker -
weniger Alkohol - weniger Zeit für Handy, Fernsehen etc. - Ernährungsumstellung -
mehr trinken - aufhören zu rauchen - reduzieren von Fleisch/Milchprodukten/Getreide
mehr Zeit für die Familie - Sonstiges _____

Sind Sie auf Medikamente angewiesen? ja - nein

Wenn ja, welche?

Ihre Gesundheit in Kindheit und Jugend (unter 18):

Sind Sie natürlich zur Welt gekommen? ja - nein - weiß nicht

Mussten Hilfsmitteln eingesetzt werden? ja - nein - weiß nicht

Haben Sie regelmäßig Medikamente nehmen müssen? ja - nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie operiert worden? ja - nein - weiß nicht

Wenn ja, wo und wann? _____

Gab es Unfälle/Stürze in der Kindheit? ja - nein - weiß nicht

Wenn ja, wo und wann? _____

Haben Sie Narben zurückbehalten? ja - nein - weiß nicht

Wenn ja, wo? _____

Hatten Sie bestimmte oder immer wiederkehrende Erkrankungen?

Litten Sie unter allergischen Reaktionen?

Trugen Sie eine Zahnspange oder waren aufwändig in zahnärztlicher Behandlung?

Waren Sie regelmäßig sportlich aktiv? ja - nein - weiß nicht

Wenn ja, welche Sportart? _____

Aßen Sie viel (täglich) Süßes in Ihrer Kindheit? ja - nein - weiß nicht

Aßen Sie regelmäßig Milchprodukte bzw. Getreide? ja - nein - weiß nicht

Welche Impfungen erhielten Sie in der Kindheit, ggfs. Jugendzeit?

Ihre Gesundheit als Erwachsener

Welche nennenswerten Erkrankungen hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

An welchen Krankheiten leiden Sie heute chronisch?

Gibt es nennenswerte, gehäuft vorkommende Familienerkrankungen?

Sie haben/hatten (wann und wo?)

Unfälle: _____

Stürze: _____

Knochenbrüche: _____

Bandrupturen: _____

Sehnenabrisse: _____

Operationen: _____

Künstliche Gelenke: _____

Krebserkrankungen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Schuheinlagen: Absatzerhöhung: _____

Zahnspange/Positionierungsschiene mit Eckzahnführung: _____

Aktueller Gesundheitszustand:

Kommen Sie lediglich aus prophylaktischen Gründen, sind somit symptomfrei und wünschen nur eine Kontrolle Ihres Bewegungsapparates?

Was ist Ihr Hauptproblem, weshalb Sie heute meine Praxis aufsuchen?

Bei welchen Alltagsaktivitäten wirken sich die Einschränkungen am meisten aus?
(Stichworte) _____

Auf einer Schmerzskala von 1-10 (1 kein Schmerz, 10 kaum auszuhalten) befinde ich mich heute bei _____

Seit wann haben Sie dieses Problem weshalb Sie hier sind? _____

Eher akut und daraufhin seit _____ Tagen

Eher chronisch und demnach seit:

_____ Woche(n) _____ Monat(en) _____ Jahre(n)

Seit dem Beginn ist es bis heute:

gleich geblieben - stärker geworden - besser geworden

Ihr Problem verschlimmert sich durch

Ihr Problem verbessert sich durch

Sind Sie aufgrund der Schmerzen auf Medikamente angewiesen? **Ja** - **Nein**

Wenn Ja, welche? _____

Waren oder sind Sie mit diesem Problem bereits anderweitig in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

Hausarzt: seit wann: _____

Orthopäde: seit wann: _____

Physiotherapeut: seit wann: _____

anderer Arzt oder Therapeut: seit wann: _____

Gibt es Röntgenbilder, CT-, MRT-Aufnahmen, Ultraschallbilder oder sonstige Befunde?

Nebenbeschwerden:

Skala 1 - 6 (1 keine – 6 sehr stark)

Bewegungsapparat: _____

Kopfschmerzen Migräne Kiefergelenkprobleme Nebenhöhlen Osteoporose

ackenschmerzen Kniebeschwerden Hüftbeschwerden: _____

Verdauungsapparat: _____

Sodbrennen Schluckbeschwerden Hautprobleme Magenirritationen Blähungen Völlegefühl

Übelkeit: _____

Herz-Kreislaufsystem: _____

erhöhter Blutdruck Herzflimmern: _____

funktionelle Herzbeschwerden: _____

Neurologie: _____

Sehstörungen Gleichgewichtsstörungen Konzentrationsstörungen Geschmackssinn

Geruchssinn Augenzucken: _____

Migräne Lichtempfindlichkeit Schwindel Benommenheit Tinnitus Kopfschmerzen: _____

Psyche: _____

Nervosität/innere Unruhe Fingernägelkauen Ängste: _____

Lunge: _____

Asthma: _____

Kurzatmigkeit: _____

zurückliegende Lungenerkrankungen Nasennebenhöhlenerkrankung: _____

Hormonsystem: _____

Schlafstörungen: _____

starkes Schwitzen Menstruationsprobleme Wechseljahresbeschwerden Immunschwäche

Gewichtsprobleme: _____

Haut: _____

Akne: _____

Pickel Erysipel Krampfadern: _____

Schwermetalle: _____

gab es eine Untersuchung auf Schwermetalle? ja - nein

Zahnapparat: _____

Zahnprobleme: _____

überkronte Zähne, wenn ja, welche? wurzelkanalbehandelte Zähne, welche?

Zahnextraktionen: _____

Tragen Sie eine Positionierungsschiene? (Aufbissschiene) ja - nein

Hatten Sie immer wieder Beschwerden mit Ihren Zähnen, Zahnfleisch, Aufbiss, etc. ist es ratsam, ein aktuelles Orthopantomogramm durch Ihren Zahnarzt anfertigen zu lassen und dieses mitzubringen. Viele Störfelder befinden sich im Mundraum.

Alltägliches (1 sehr gut – 6 mangelhaft)

Fühlen Sie sich nach dem Aufwachen ausgeruht und vital? _____

Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? _____

Nehmen Sie drei Mahlzeiten in Ruhe zu sich? _____

Welche Mahlzeit ist Ihre Hauptmahlzeit? _____

Essen Sie Milchprodukte? ja - nein

Essen Sie Getreide? ja - nein

Essen Sie Fleisch? ja - nein

Wie viel Stunden die Woche sind Sie sportlich aktiv? _____

Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich? _____

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich hinter dem Rechner/Handy/Fernseher?

Wie viel Kaffee trinken Sie täglich? _____

Rauchen Sie, wenn ja wie viel? _____

Wenn ja, wie oft? Wenn ja, wie oft? Wenn ja, wie oft? _____

Vergessen Sie zu Ihrem ersten Termin nicht, alle vorhandenen Röntgenbilder sowie weitere bildgebende Aufnahmen (CT, MRT, Sonographie,) mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.