

Anamnesebogen



1) Ihre Daten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Beruf:

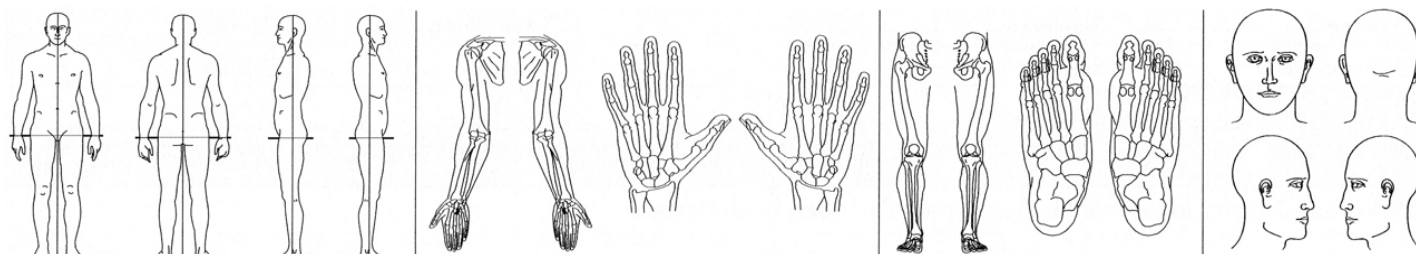
Familienstand / Kinder:

Auf Praxis aufmerksam geworden durch:

(2) Ihre Beschwerden

Grund Ihres Besuches: _____

Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein:



Bisherige Behandlungen:

- Hausarzt Orthopäde Neurologe Rheumatologe Chirurg
 Physiotherapie Osteopathie Akupunktur Homöopathie
 Sonstige:

Gibt es Befunde, z.B. Röntgen, MRT, CT? ja nein

Wie viel Prozent haben Sie durch Ihre Beschwerden an Lebensqualität verloren?

- ca. 20% 50% 70% 90%

(3) Ihre Gesundheit

Haben / hatten Sie folgende Beschwerden / Störungen / Krankheiten? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Kopfschmerzen Migräne Schwindel Bewusstlosigkeit Epilepsie
 Herzkrankheiten Durchblutungsstörungen Schlaganfall Krebs
 Schilddrüsenerkrankung Osteoporose Rheuma Skoliose
 Kieferbeschwerden Tragen einer Beißschiene Ohrgeräusche
 Sonstige:

Gibt es folgende familiäre gesundheitliche Vorbelastungen (Eltern, Großeltern, Geschwister)?

- Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Epilepsie
 Krebs Rheuma Schilddrüsenerkrankungen
 Sonstige:

Hatten Sie schwerwiegende Unfälle / Stürze / Frakturen (auch in der Kindheit)? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

(4) Ihre Belastung

Rauchen Sie? regelmäßig selten nie

Trinken Sie Alkohol? regelmäßig selten nie

Wie gestresst fühlen Sie sich im Alltag? sehr moderat kaum

Treiben Sie Sport? regelmäßig selten nie

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigte/r)