

ANAMNESEBOGEN

Nimm Dir bitte Zeit diesen Bogen sorgfältig auszufüllen! Er stellt eine wichtige Grundlage für Deine Betreuung in meiner Praxis dar. Ich möchte Dich und Deine Gewohnheiten kennenlernen, um Dich optimal auf Deinem Weg zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden zu unterstützen.

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname _____ Straße _____

Nachname _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

E-Mail _____ Handy _____

Selbstzahler Privatversicherung Zusatzversicherung für Heilpraktiker

ANGABEN DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN BEI MINDERJÄHRIGEN

Name _____ Geburtsdatum _____

WIE BIST DU AUF MEINE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Internet Google Soziale Netzwerke Empfehlung Sonstiges _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Familienstand ledig Partnerschaft verheiratet geschieden verwitwet

Kinder (Vorname und Geburtsjahr) _____

Beruf _____ Std. / Woche

viel sitzen viel stehen körperliches Arbeiten

Warst Du schon mal in physiotherapeutischer/ chiropraktischer Betreuung?

Ja, zuletzt am _____ Bei _____

ANGABEN ZU DEINER GESUNDHEIT

Besonderheiten in der **Kindheit** (Krankheiten, Operationen, Unfälle, belastende Ereignisse...)

Welche **nennenswerten Krankheiten** hattest Du in den letzten fünf Jahren?

An welchen Krankheiten leidest Du **chronisch** (regelmäßig / permanent)?

Bist Du aktuell in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

Nein Ja, folgende _____

Kommen bestimmte Krankheiten in Deiner Familie gehäuft vor?

Nein Ja, folgende _____

DU HAST / HATTEST (WAS UND WANN)

Operationen _____

Unfälle / Stürze _____

Knochenbrüche _____

Künstliche Gelenke _____

Bänder- / Sehnen- / Muskelrisse _____

Bandscheibenprobleme _____

Krebserkrankungen _____

psychische Erkrankungen _____

besonders belastende Ereignisse _____

Zahnsperre/ Aufbisschiene/ Zahnprothese _____

Schuheinlagen _____

Brille _____

ANGABEN ZU DEINEM ALLTAG

Schlafstunden _____ STD / Nacht

Koffein _____ Tassen / Tag

Trinkmenge / Wasser _____ Liter / Tag

Zigaretten _____ / Tag

Alkohol _____ Gläser / Woche

Drogen _____ / Woche

Süßigkeiten _____ Portionen/ Tag

Größe _____ cm Gewicht _____ Kg

Ruhe / Entspannung _____ STD / Tag

Schwangerschaft _____ Woche

Geräte (PC, TV, Handy,...) _____ STD / Tag

Sport _____ STD / Woche

Sportarten/ Freizeitaktivitäten _____

spezielle Ernährungsgewohnheiten _____

BITTE BEWERTE FOLGENDE LEBENSBEREICHE (1 = SEHR GUT / 6 = UNGENÜGEND)

___ Essen / Trinken

___ Gesundheitszustand

___ Bewegung / Sport

___ Leistungsfähigkeit

___ Entspannung / Schlaf

___ beruflicher Stress

___ mentale Ausgeglichenheit

___ privater Stress

AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

- Ich habe keine Beschwerden und komme vorsorglich in Deine Praxis
- Ich haben wegen folgendem **Hauptproblem** die Praxis aufgesucht

WO FINDEST DU DICH WIEDER?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> kalte Hände / Füße | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Auswurf | <input type="checkbox"/> Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Augenzucken | <input type="checkbox"/> Magenprobleme | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Skoliose |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="checkbox"/> Stuhlveränderungen | <input type="checkbox"/> Kribbeln / Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Heißhunger | <input type="checkbox"/> sexuelle Unlust |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> unerfüllter Kinderwunsch |

DAS MÖCHTE ICH AUßERDEM NOCH ERWÄHNEN / FRAGEN

- Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.

Ort

Datum

Name