

## ANAMNESEBOGEN

*Mit diesem Anamnesebogen werden wir im Vorfeld schon einmal relevante Daten erheben. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können. Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie uns einfach an.*

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Kommen Sie zu uns durch Empfehlung? Wenn ja durch wen?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie krankenversichert?

Privat bei \_\_\_\_\_ Post B      Gesetzlich

Welches sind Ihre momentanen Beschwerden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie damit bereits in Behandlung ?

Nein      Ja, bei einer/m Arzt/in      Ja, bei einer/m Heilpraktiker/in

Name: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Es wurden erstellt:

Röntgenbilder      CT      MRT      zuletzt \_\_\_\_\_ (Monat / Jahr)

Therapie/n:      Homöopathie      Akupunktur      Chiropraktik  
                          Krankengymnastik      Osteopathie      Spritzen

Ergebnisse:      viel Erfolg      wenig Erfolg      keinen Erfolg

Wann haben diese Beschwerden begonnen? Vor \_\_\_\_\_ Jahren / Monaten / Tagen

Schmerzsкала:      0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
                          kein Schmerz      stärkste Schmerzen

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

Nein, es ist das erste Mal      Ja, schon oft      regelmäßig

Ursache der Beschwerden?

Autounfall      Sturz      unbekannt      \_\_\_\_\_

Der Beginn war:      plötzlich      allmählich

Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente?

Nein

Voltaren / Diclofenac      Cortison      Tramal / Tilidin

Lyrica / Mydocalm      Ibuprofen      \_\_\_\_\_

Diese Mittel helfen:

gut      schlecht      nur kurzfristig

Operationen:      Hüft-Prothese rechts / links      Knie-Prothese rechts / links

Bandscheibe      Krebs

\_\_\_\_\_

Welche der folgenden Krankheiten haben Sie / hatten Sie?

Osteoporose Wann / Wo zuletzt gemessen? \_\_\_\_\_

Schlaganfall                      Schilddrüsenerkrankung                      Herz-Kreislaufkrankung

Tumor                              MS    M. Bechterew

Epilepsie                      Rheumatische Erkrankung                      Bandscheibenschaden

Diabetes                      Arthrose                      \_\_\_\_\_

Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

Schmerzen, unterer Rücken                      Steifheitsgefühl                      Migräne

Schulter-Arm-Schmerzen                      Nackenschmerzen                      Tinnitus

Kiefergelenkprobleme                      Schwindel                      Probleme beim Gehen

Gelenkschmerzen                      Kopfschmerzen                      Ischialgie

Zahnprobleme                      \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Zahnspange oder Aufbisschiene?

Nein                              Ja, seit \_\_\_\_\_

Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen?

Nein                              Ja, und zwar \_\_\_\_\_

*Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

Jetzt können Sie das Formular drucken: