

Liebe Patientin, lieber Patient

ich heiße Sie in meiner Praxis Herzlich Willkommen!

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, meinen Anamnesebogen auszufüllen. Bei Fragen helfe ich Ihnen gerne weiter.

Das Formelle zuerst ...

Vorname: _____ Name: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des Erziehungsberechtigten/Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____

E-mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert bei: _____

privat versichert bei: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei: _____

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

ich lebe in Partnerschaft Kinder? Wie viele? _____

Treiben Sie Sport?

Welche Sportarten? Wie häufig? _____

Waren Sie bereits in chiropraktischer/osteopathischer Behandlung?

_____ nein ja, bei
Name: _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei

Name: _____

So geht es mir im Moment...

ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

- Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule/Nacken
- Gelenke, welche _____
- Kopfschmerzen / Migräne
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerzen)
- Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lagerungsschwindel)
- Ohnmacht, Kreislaufschwäche
- Gleichgewichtsstörungen
- Schulter-, Arm-, Handschmerzen
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme
- Becken, Iliosakralgelenk (ISG), Leiste

Ich habe folgende Empfindungen

- Schmerzen, Brennen, Stiche, Kribbeln, Taubheit, Kälte in **Armen** / **Beinen**
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern
- Schmerzen beim Sitzen / Aufstehen
- Schmerzen die in das Gesäß / Bein ausstrahlen rechts / links

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen.

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden treten immer wieder auf

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz weiß nicht Andere: _____

Waren Sie damit schon in Behandlung? nein ja, Therapie _____

_____ Mit welchem Erfolg? _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

- Schmerz, Entzündung Schilddrüse Diabetes Herz- bzw. Blutdruck
- Andere _____

Ich trage Einlagen: ja nein

Ich trage eine Brille: ja nein

Ich trage eine Absatzerhöhung:

nein ja, links ja, rechts

Ich trage eine Zahnschiene, Zahnprothese o.ä.: ja nein

Seit wann und von wem eingesetzt?

Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja welche Woche? _____

Außerdem finde ich mich hier wieder...

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gewicht:
schnelle Zu- oder Abnahme | <input type="checkbox"/> Magenprobleme
<input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Narben
<input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verspannung |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Steifheit |
| <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden /
möchte etwas ändern |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Amalgamzähne |
| <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Ödeme | <input type="checkbox"/> Tote Zähne |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | |

Ich habe / hatte bereits:

- einen Schlaganfall epileptische Anfälle Krebserkrankungen

Ich und meine (Kranken-) Geschichte

- Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit? keine
_____ im Alter von _____ Jahren

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

- Nein ja, welche: _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann? _____

Gab es Operationen? Wo? Wann wardas? _____

Ich habe in den letzten 2 Jahren Impfungen erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in den vergangenen Jahren? keine

_____ Wann? _____

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Bitte bestätigen Sie abschließend mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit der im Anamnesebogen gemachten Angaben.

_____, den _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Ihre Ute Daßler