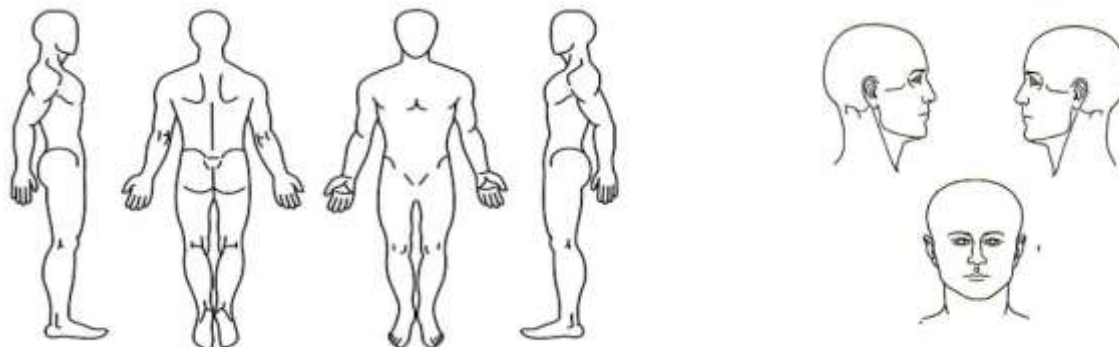


ANAMNESEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____ Hobby/Sport: _____

Wo haben Sie Ihre Probleme? (bitte einzeichnen)



Was sind ihre **Hauptbeschwerden** im Alltag?:

1. _____
2. _____
3. _____

Wie lange haben Sie Ihre Beschwerden schon?:

Haben Sie Ihre **Beschwerden** permanent mit Unterbrechung

Sind die **Beschwerden** besser werdend gleichbleibend verschlechternd

Gab es einen **Auslöser** (Sturz, Unfall, Operation, Trauma etc.)?

Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert? ja nein

Ist ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

Haben Sie **Schmerzen**? ja nein

Haben Sie **Kopfschmerzen**? ja nein

Haben Sie **nachts Schmerzen**? ja nein

Wie stark sind Ihre Schmerzen **aktuell** (einkreisen) und **maximal** (unterstreichen)?

minimal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximal

Weist Ihr **Schmerz** eines der folgenden **Merkmale** auf?

Brennen Gefühl schmerzhafter Kälte Elektrische Schläge anderes: _____

Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?

Kribbeln Taubheitsgefühle Juckreiz Pieksen

Was **verbessert** (☺) / **verschlechtert** (☹) Ihre Beschwerden?:

Aktivität ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Ruhe ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Liegen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Sitzen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Aufstehen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Bücken ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Beugen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Stehen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Gehen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Laufen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>
Heben ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Tragen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Treppe ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Greifen ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Überkopfarbeit ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Hobby ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Sport ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	Arbeit/Beruf ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>		
morgens ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	mittags ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	abends ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	nachts ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/>	sonstiges (Medikamente etc.)					

Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt?

Röntgen CT/MRT Ultraschall Medikamente Spritze Physio Training anderes: _____

Haben Sie **sonstige Beschwerden**?:

Sehen Doppelbilder Hören Schlucken Heiserkeit Kloßgefühl Benommenheit Schwindel
 Übelkeit Ohnmachtsanfälle Gang- Gleichgewichtsprobleme Morgendliche Steifheit Kurzatmigkeit

Durchfall Verstopfung Blasenschwäche/Inkontinenz leicht Blutergüsse Krämpfe
 Konzentrationsstörungen veränderte Libido Erektile Dysfunktion Schnarchen

anderes:

Haben Sie aktuell Probleme mit den **Zähnen** oder **Kiefer**? ja nein
 Waren Sie in den letzten 8 Wochen in **zahnmedizinischer Behandlung** (Implantat, Wurzelbeh.) ja nein
 Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder eine **Krebserkrankung**? ja nein
 Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ja nein
 Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber**, nächtliches/**extremes Schwitzen** ja nein
 Sind Sie **Diabetiker**? ja nein
 Sind Sie **Asthmatiker**? ja nein
 Haben Sie **Osteoporose / veränderte Knochendichte**? ja nein
 Haben Sie **andere Erkrankungen**? (bitte nennen!) ja nein

Rauchen Sie? ja nein
 Konsumieren Sie **Alkohol**? ja nein
 wenn **JA** an **wie vielen Tagen** in der **Woche** trinken Sie Alkohol?
 1 2 3 4 5 6 7
 Konsumieren Sie **Cannabis** oder andere **Drogen**? ja nein
 Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein? (bitte Auflisten) ja nein

Nehmen Sie momentan **Nahrungsergänzungsmittel** ein? ja nein
 Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle**: ja nein

Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Operationen**?: (bitte Auflisten) ja nein

Besteht aktuell die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? ja nein
 Ist Ihre **Periode/Zyklus** regelmäßig? ja nein
 Ist bei Ihnen aktuell eine **Spirale, Kette, Ball, Diaphragma, Bauchnetz** o.ä. eingesetzt? ja nein
Essen Sie regelmäßig? ja nein
Ernähren Sie sich **vegetarisch**? ja nein
Ernähren Sie sich **vegan**? ja nein
 Haben Sie bekannten **Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien**? (bitte nennen!) ja nein

Haben Sie Schwierigkeiten **einzuschlafen**? ja nein
 Können Sie nachts **durschlafen**? ja nein
 Ist ihr Schlaf **erholsam**? ja nein
 Ich mache mir in den letzten 4 Wochen häufig **Sorgen**. ja nein

Wie **aufgeladen** ist Ihr **persönlicher** (Lebensenergie-) **Akku**?



Wie hoch ist Ihr **persönliches Stresslevel** in den letzten 8 Wochen?

minimal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximal

Was sind Ihre **Erwartungen** und **Ziele** für die Therapie?

Datum :

Unterschrift: