



Anamnese-Bogen

Datum: _____

Bitte bringen Sie zum ersten Behandlungstermin den ausgefüllten Anamnesefragebogen und ein Handtuch mit!
Hände und Füße am Behandlungstag bitte nicht eincremen.

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen durch und beantworten Sie diese ganz spontan.
Bei der Eingangsuntersuchung werden wir die Angaben gemeinsam besprechen.
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht. Ich danke Ihnen für Ihre Mühe.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon priv.: _____ Tel. geschäftl.: _____

Handy-Nr.: _____ e-mail: _____

gesetzl. versichert: Privat- oder Zusatzversicherung: Beihilfe:

Name der Krankenversicherung: _____

Beruf: _____

Freizeit, Sport, Hobby: _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Medikamente: _____

Was sind Ihre hauptsächlichen Beschwerden? Seit wann treten diese auf?

1. _____

2. _____

3. _____

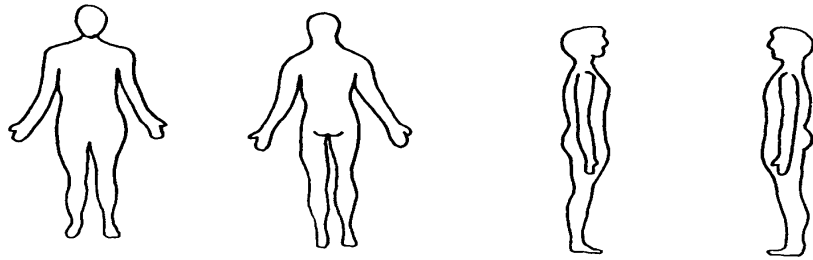
Welche Nebenbeschwerden haben Sie? Seit wann treten diese auf?

1. _____

2. _____

3. _____

Bitte markieren Sie auf den Schemazeichnungen die Schmerzstellen und tragen Sie außerdem alle Narben in rot ein.



Was lindert Ihre Beschwerden?

Ruhe Bewegung Wärme Kälte sonstiges: _____

Was verstärkt Ihre Beschwerden?

Wie fühlen Sie sich im allgemeinen, wenn es Ihnen nicht gut geht?

Stuhlgang, wie oft? _____ x täglich _____ x wöchentlich

Stuhlkonsistenz im allgemeinen: geformt ungeformt

hart weich wässrig spritzig

Haben Sie tendenziell eher? Verstopfung oder Durchfall

Haben Sie oft einen geblähten Bauch? ja nein

falls ja, nach dem Essen unabhängig vom Essen

Gehen verstärkt Winde ab? ja nein

Ernähren Sie sich überwiegend? gesund durchschnittlich nicht so gut

Führen Sie eine besondere Ernährungsweise durch?

Vertragen Sie einige der folgenden Lebensmittel schlecht?

Fett Zucker Fleisch Milch

Welche Beschwerden stellen sich bei welchen Lebensmitteln ein (z.B. Völlegefühl, Übelkeit, Blähungen, Durchfall, Sodbrennen, Aufstoßen)?

Gibt es weitere Lebensmittel, die Sie schlecht vertragen?

Haben Sie eine Abneigung gegenüber bestimmten Lebensmitteln?

Essen Sie gerne? süß scharf sauer bitter

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

Operationen? was: _____ wann: _____
 was: _____ wann: _____
 was: _____ wann: _____

Unfälle? was: _____ wann: _____
 was: _____ wann: _____
 was: _____ wann: _____

Bestehen Vorerkrankungen?

Besteht eine erbliche Vorbelastung?

Sind Ihnen grenzwertige oder erhöhte Blutwerte bekannt?

Wie hoch ist im Schnitt Ihr Blutdruck und Ihre Herzfrequenz?

Blutdruck ca.: _____ / _____ Pulsfrequenz ca.: _____ Schläge/Minute

Wachen Sie nachts oft zu bestimmter Zeit auf? ja nein

Falls ja, wann? _____ Uhr

Schwitzen Sie nachts? nein schwach stark

Sind bei Ihnen bestimmte Organe oder Körperbereiche besonders empfindlich?

Haben Sie in letzter Zeit eine Erkrankung durchgemacht?

Nehmen Sie Hormone oder Vitamine, Mineralien, homöopathische Mittel
oder sonstiges ein ?

Führen Sie zur Zeit noch eine andere Therapie durch?

Zusätzliche Bemerkungen von Ihrer Seite:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!