



Anamnese - Angaben zu Ihrer Gesundheit

Alle persönlichen Angaben werden von mir streng vertraulich behandelt!

Persönliche Informationen

Vollständiger Name			
Beruf			
PLZ. Ort			
Straße			
Telefon oder Mobil			
Geburtsdatum			
E-Mail			
Name der Krankenkasse			
0 gesetzlich	0 privat	0 Beihilfe	0 Zusatz
Hausarzt			
bitte nur Zutreffendes ankreuzen			

Halswirbelsäule (HWS)	KOPF	stark	mittel	leicht
HWS-Syndrom/Nackenverspannungen		0	0	0
Bandscheibenvorfälle/vorwölbung		0	0	0
Kopfschmerzen/Migräne/Schwindel		0	0	0
Tinnitus/Ohrgeräusche		0	0	0
Sehstörungen / Augendruck		0	0	0
Nasennebenhöhlenentzündung		0	0	0
Schnarchen / Atemaussetzer		0	0	0
Zähneknirschen / Kieferschmerzen		0	0	0
Gesichtsschmerzen / Trigeminus-Neuralgie		0	0	0

Schulter / Arme / Brustwirbelsäule /Magen-Darm

Kalk-Schulter / Schulterschmerzen	0	0	0
Kribbeln-Taubheit in Armen/Händen/Fingern	0	0	0
Schmerzen in Arm/Hand oder Handgelenk	0	0	0
Tennis/-Golfer – Ellbogen	0	0	0
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	0	0	0
Brustkorb-/Rippenschmerzen/Druckgefühl im Brustbein	0	0	0
Atembeschwerden / Asthma	0	0	0
Magenbeschwerden / Sodbrennen	0	0	0
Verdauungsprobleme	0	0	0
Übelkeit / Erbrechen	0	0	0
Allergien – wenn ja, welche?			

Lendenwirbelsäule – Becken - Beine

	stark	mittel	Leicht
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	0	0	0
Ischias / Kreuzbeinschmerzen ISG	0	0	0
Bandscheibenvorfall / - Vorwölbung	0	0	0
Kribbeln-Taubheit in den Beinen / Füßen / Zehen	0	0	0
Hüftschmerzen / Arthrose	0	0	0
Knieschmerzen / Arthrose	0	0	0
Verstopfung / Durchfall	0	0	0
Nieren -/ Blasenbeschwerden	0	0	0
Hoden-Prostatabeschwerden	0	0	0
Menstruationsprobleme	0	0	0

Allgemein

	ja	nein
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	0	0
Osteoporose	0	0
Gefäßerkrankungen	0	0
Herzinfarkt / Schlaganfall	0	0
Herzschrittmacher	0	0
Bluthochdruck	0	0
Blutgerinnungsstörungen	0	0
Schilddrüsenüberfunktion	0	0
Schilddrüsenunterfunktion	0	0
Autoimmunerkrankung	0	0
Tumor /Krebserkrankung	0	0
Diabetes mellitus	0	0
Immunschwäche	0	0

Stress / Psyche

Beruflicher Stress	0	0
Privater Stress	0	0
Müdigkeit	0	0
Leistungsabfall	0	0
Gewichtsverlust	0	0
Depressionen	0	0

Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten Erkrankung? Wenn ja, welche?

Sonstiges		ja	nein
Unfälle/Sturz	Welcher Art/ Wann?	0	0
Operationen	Welcher Art/Wann?	0	0
Muskelschäden oder	Gelenkschäden	0	0
Sind Sie im Alltag körperlichen Belastungen ausgesetzt?	Welche?	0	0
Beschwerden im	Stehen/Gehen?	0	0
Sitzende Tätigkeit im Beruf?		0	0
Orthopädische Schuheinlagen?		0	0
Müssen Sie nach einer bestimmten Wegstrecke eine Pause einlegen?		0	0
Beschwerden beim Treppensteigen?		0	0
Beschwerden beim Aufstehen?			
Beschwerden verbessern sich in Ruhe (z.B. im Bett)?		0	0
Beschwerden nur in der Bewegung/Belastung?			

Spezielles		ja	nein
Wann war der letzte Besuch beim Zahnarzt?	Zahnprobleme, wenn ja, wo?	0	0
Impfungen?	Wenn ja, welche?	0	0
Gab es Impf-Nebenwirkungen?			
Leiden Sie an einem Aorten-Aneurysma?		0	0
Carotisstenose?			
Schlafen Sie gut? Zu welcher Uhrzeit gehen Sie schlafen?		0	0

Infektionskrankheiten		waren oder sind Sie erkrankt?	
FSME oder Borreliose?		0	0
Pfeifferisches Drüsenfieber?		0	0
Hepatitis?			
Bindehautentzündungen?		0	0
Warzen?		0	0
Kinderkrankheiten?	Welche?	0	0
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Welche?	0	0
Welche Naturheilmittel?			
Welche Zusatzstoffe? z.B. Vitamine A/B/C/D und anderes?			

Welche Therapien hatten Sie bereits? (Physiotherapie, Osteopathie, Massage, etc.)

Haben Sie „Eigenübungen“ oder selbständig Gymnastik durchgeführt?

Üben Sie einen regelmäßigen Sport/Bewegung aus? Wenn ja, welchen?

Welche Bewegungen, Aktivitäten oder Maßnahmen lindern Ihre Beschwerden?

Welche Tätigkeiten, Positionen oder Tätigkeiten verstärken Ihre Beschwerden?

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Nehmen Sie aktuell Schmerzmittel ein? Wenn ja, welches und wieviel?

Rauchen Sie?

Bitte nehmen Sie – wenn vorhanden - zum Erst-Termin einen aktuellen Arztbrief oder schriftliche Befunde mit – Danke.

Bestätigung

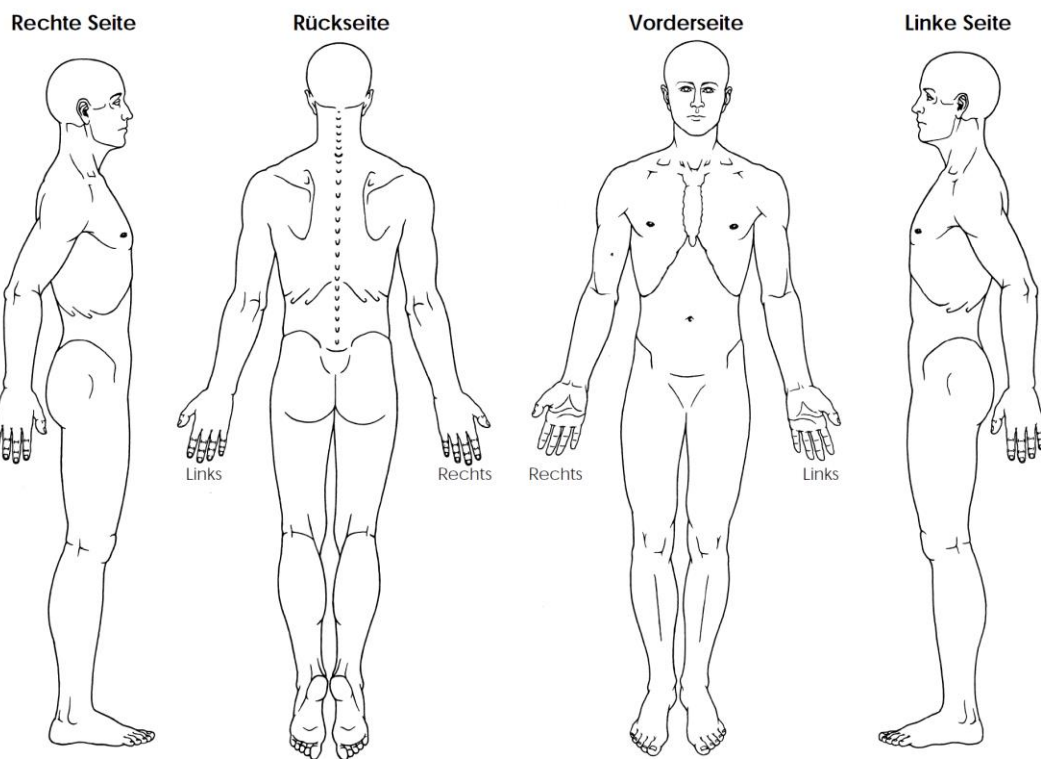
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift

Bitte zeichnen Sie in diese Skizze Ihr „Schmerzbild“ ein:

- Machen Sie ein **Kreuz** bei „punktuellen“ Schmerzen X
- Machen Sie einen **Pfeil** bei „ausstrahlenden“ Schmerzen →
- Machen Sie eine **Schraffur** bei „diffusen“ Schmerzen /////
- **Zeichnen** Sie die für Sie schlimmsten Schmerzen in die Zeichnung ein
Rot - für die **schlimmsten** Schmerzen



Herzlichen Dank!

Datum: _____ Unterschrift: _____