

Anamnesebogen

Die Angaben sind freiwillig, helfen uns jedoch bei der Erfassung und Behandlung Ihrer Beschwerden.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Tätigkeit im Alltag vorwiegend: Liegend

Sitzend

Stehend

Sportliche Aktivität: Keine

1-3x / Woche

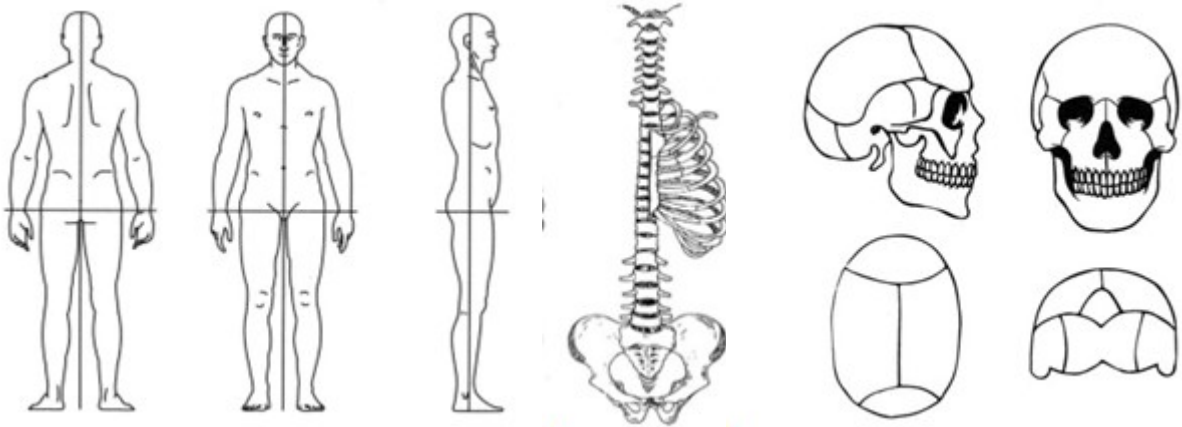
mehr als 3x / Woche

Art der Aktivität: _____

Wie äußern sich Ihre Beschwerden: _____

Wo liegen ihre Beschwerden: _____

Bitte markieren Sie die betroffenen Stellen in der Zeichnung:



Wenn Sie unter Schmerzen leiden, ist dieser:

Ziehend

Stechend

Brennend

Dumpf

Die Intensität des Schmerzes liegt bei (bitte einkreisen):

Keine 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stark

Wie lange bestehen die Beschwerden bereits: _____

Gab es einen Auslöser: _____

Treten die Beschwerden zu einer bestimmten Zeit oder bei einer bestimmten Bewegung auf:

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche: _____

Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja welche und wann: _____

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

Osteoporose

Bluthochdruck

Niedriger Blutdruck

Häufiges Husten

Luftnot

Rheumatische Erkrankungen

Diabetes

Schwindel

unerwünschter Gewichtsverlust

Magenprobleme

Kurzatmigkeit

Tinnitus:

links

rechts

beidseitig

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Krebserkrankungen / Tumore: _____

Andere Erkrankungen: _____

Fühlen Sie sich häufiger gestresst: Ja Nein

Welche Ziele möchten Sie mit der Therapie verfolgen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!