

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

dieser Bogen bildet die Grundlage für die weitere ganzheitlich Untersuchung und Behandlung. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen.

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht ohne Ihr Einverständnis an unbeteiligte Dritte weiter gegeben.



Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

1.1 Welche/n Beruf/e üben Sie aus? _____

1.2 Müssen Sie regelmäßig schwere Lasten im Alltag bewegen/ tragen Nein Ja

1.3 Welche sportliche Aktivitäten betreiben Sie? _____

1.4 Welche Hobbys führen Sie regelmäßig durch? _____

1.5 Hatten Sie in den letzten Jahren chirurgische Eingriffe (Operationen?) Nein Ja, folgende:

1.6 Sind Sie in ärztlicher/ therapeutischer Behandlung Nein Ja, wegen und bei:

1.7 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Hormone? Nein Ja, folgende:

1.8 Rauchen Sie? Nein Ja

1.9 Haben Sie Allergien/ Hauterkrankungen/ Unverträglichkeiten? Nein Ja, welche?:

2.0 Seit wann haben Sie Ihre Beschwerden und haben diese sich seit dem verändert ? _____

2.1 Wodurch werden Ihre Beschwerden

Ausgelöst : _____

Verstärkt : _____

Gelindert : _____

2.2 Haben Sie Beschwerden mit den Augen? Nein Ja, folgende:

2.3 Haben Sie Kieferprobleme? Nein Ja, folgende:

2.4 Vorerkrankungen (Bitte ankreuzen und kurz erläutern)

Osteoporose Herzerkrankungen Thrombose Tumore

arterielle Durchblutungsstörungen Lungenerkrankungen orthopädische Erkrankungen

urologischen Erkrankungen gynäkologische Erkrankungen Infektionskrankheiten

rheumatische Erkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Autoimmunerkrankungen

Stoffwechselerkrankungen _____

2.5 Haben Sie Probleme im Bereich Magen, Darm, Leber oder Galle? (Bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

Entzündungen

Sodbrennen

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe

Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl

Nahrungsmittelallergien

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

2.6 Hatten Sie Unfälle, Stürze, Schleudertraumata. Hier ist zu beachten, dass auch lange zurückliegende Ereignisse, Einflüsse auf den Körper haben.

Nein

Ja, folgende:

2.7 Schwindel

Nein

Ja, und zwar:

2.8 Frauen: Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden, Schwangerschaften?

Nein

Ja, folgende:

2.9 Männer: Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata?

Nein

Ja, folgende

3.0 Haben Sie Probleme beim:

Husten

Niesen

Pressen

Einatmen

3.1 Allgemeine Fragen z- Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

Müdigkeit

Schwitzen in der Nacht

Schlafproblemen

Häufigen Infekte (> 5 Infektionen/ Jahr)

Plötzlichen und ungewolltem Gewichtsverlust (> 5% des Körpergewichtes in 6 Monaten)

3.2 Platz für Sonstige Informationen

Datum

Unterschrift