

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)

