

[Anamnese-Formular]

Patient/in

Vor- u. Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Berufliche Tätigkeit: _____ Geb.-Datum: _____

Versicherung: gesetzlich: privat: welche? _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker: ja

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Worauf führen Sie diese zurück? (Stichpunkte)

Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit	Ja	Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne?		
Leiden Sie unter Sehstörungen?		
Leiden Sie unter Schwindelanfällen?		
Haben Sie Ohrgeräusche (Rauschen / Pfeifen)		
Ist Ihre Nacken- / Schulterpartie häufig verspannt?		
Haben Sie Bewegungseinschränkungen in der Schulter?		
Haben Sie Schmerzen im Ellenbogen / Unterarm / Handgelenk?		
Haben Sie Taubheitsgefühle / Kribbeln in den Fingern?		
Haben Sie Beklemmungen beim Atmen / Atemnot?		
Haben Sie ein Stechen in der Brust?		
Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Welche Region (HWS / BWS / LWS)?		
Ist bei Ihnen eine Skoliose (S-Form der Wirbelsäule) bekannt?		
Haben Sie ein Ziehen oder Stechen in den Po / die Leiste oder ins Bein?		
Haben Sie Taubheitsgefühle / Kribbeln in den Beinen?		
Sind Ihre Beine ungleich lang?		
Haben Sie Kniebeschwerden?		
Haben Sie Beschwerden im Fuß / Fußgelenk / Fußzehen?		
Leiden Sie unter Osteoporose (Knochenschwund / Knocheninstabilität)?		
Tragen Sie Einlagen?		

Unfälle: Tragen Sie hier Ihre Unfälle ein (Auto, Sturz, ausgerutscht, ...)

Jahr	Was ist geschehen? (z.B. Verkehrsunfall)	Welche Verletzungen hatten Sie?

Operationen: Wann hatten Sie welche Operationen und aus welchem Grund?

Jahr	Was wurde operiert? (z.B. Hüfte, Knie...)	Warum wurde die OP durchgeführt?

Bandscheibenvorfall: Wann hatten Sie welche und aus welchem Grund?

Jahr	Wo wurde er diagnostiziert (HWS,LWS, BWS)	Wurde er operiert?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

Ich habe dieses Anamnese-Formular gewissenhaft ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift: _____