[Anamnese-Formular bitte in Druckbuchstaben ausfüllen]

Patientin / Patient:

Vorname; Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Berufliche Tätigkeit: _____ Geb.-Datum: _____

Name der Versicherung: _____

Unter welchen Beschwerden / Krankheiten leiden Sie? Worauf führen Sie diese zurück? (stichpunktartig)

- _____
- _____
- _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit	**Ja**	**Nein**
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder 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?

(HWS = Halswirbelsäule, LWS = Lendenwirbelsäule, BWS = Brustwirbelsäule)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür? Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ich habe dieses Anamnese-Formular gewissenhaft ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stefan Wildner Heilpraktiker
Praxis für Amerikanische Chiropraktik
Hainstraße 2, 61118 Bad Vilbel