

**Name**

Nachname, Vorname

**Adresse**

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**E-Mail**

beispiel@beispiel.de

**Telefon**

Festnetz

Mobil

**Geburtsdatum**

Tag      Monat      Jahr

Ich bin  privat versichert  gesetzlich versichert

**Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?**

**Haben Sie eine Zusatzversicherung für Heilpraktiker?**

ja  nein

**Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?**

- |                                       |                                     |                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internet     | <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Social-Media |
| <input type="checkbox"/> Praxisschild | <input type="checkbox"/> Werbung    | <input type="checkbox"/> Sonstige     |

**Welche Art von Tätigkeit führen Sie aus?**

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sitzend             | <input type="checkbox"/> stehend           | <input type="checkbox"/> laufend |
| <input type="checkbox"/> über Kopf arbeitend | <input type="checkbox"/> schwer körperlich | <input type="checkbox"/> Rentner |

# Haben Sie aktuell Beschwerden?

Bitte beschreiben Sie anhand der folgenden Fragen, welche aktuellen Beschwerden Sie zu mir führen und woran wir gemeinsam arbeiten möchten.

## Haben Sie Schmerzen?

ja  nein  Ab und an

**Wie stark spüren Sie auf einer Skala von 1 - 10 Ihre Schmerzen?  
Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1 = keine Einschränkungen/ Beschwerden

10 = extreme Einschränkungen/ sehr starke Beschwerden

## Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

**Nehmen Sie an, dass Ihre jetzigen Beschwerden durch Ihre berufliche Tätigkeit hervorgerufen?**

ja  nein

**Wie stark fühlen Sie sich aktuell in Ihrer Lebensqualität eingeschränkt?  
Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1 = keine Einschränkungen/ Beschwerden

10 = extreme Einschränkungen/ sehr starke Beschwerden

# Weitere Angaben

Bitte ergänzen Sie folgende zusätzliche Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand.

**Hatten Sie in Ihrem bisherigen Leben (schwere) Unfälle? Wenn ja, welche?**

Ja

Nein

**Gab es in der Vergangenheit Operationen, Knochenbrüche, künstliche Gelenke usw.?**

Ja

Nein

**Wenn ja, welche und wann?**

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs                   | <input type="checkbox"/> Rheuma                      |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten         | <input type="checkbox"/> Herz- Kreislauferkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Krampfadern                 |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrosen                   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose             | <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann          |
| <input type="checkbox"/> Gleitwirbel             | <input type="checkbox"/> Skoliose                    |
| <input type="checkbox"/> Embolien                | <input type="checkbox"/> Weitere Erkrankungen        |

**Haben Sie eine andere Erkrankung, Verletzung oder etwas anderes, das ich wissen sollte?**

- Ja  Nein

**Bitte geben Sie Einzelheiten dazu an.**

**Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwindel          | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus           | <input type="checkbox"/> Kieferproblemen         |
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme     | <input type="checkbox"/> Müdigkeit               |
| <input type="checkbox"/> Allergien          | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit        |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme    | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen     |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme    | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden        |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen         | <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden         |
| <input type="checkbox"/> Blasenschwäche     | <input type="checkbox"/> Sexuelle Dysfunktionen  |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen       |

**Nehmen Sie aktuell Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**

Ja

Nein

**Wenn ja, welche und wie viel?**

**Welchen Lebensstil verfolgen Sie?**

Sie treiben Sport

Sie trinken Alkohol

Sie rauchen

Sie nehmen Drogen

Optimist

Pessimist

Sie haben ein Hobby / Hobbies

**Sind Sie bereit, Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, wenn es erforderlich ist?**

ja

nein

**Wie verlief Ihre eigene Geburt (falls bekannt)?**

Normal (ohne Medikamente oder Hilfsmittel)  Kaiserschnitt

Zangengeburt  Saugglocke

---

## Zusätzlich für Frauen

Bitte ergänzen Sie folgende Informationen zu möglichen Entbindungen und Komplikationen.

**Sind Sie schwanger oder hatten Sie eine Entbindung (< 6 Wochen)?**

- Ja  Nein

**Haben Sie Kinder? Wenn ja, in welchem Alter und wie verlief die Geburt?**

**Hatten Sie während der Schwangerschaft und / oder nach der Geburt Becken- / Rückenschmerzen?**

- Ja  Nein

**Leiden Sie unter Regelschmerzen?**

- Ja  Nein



**Vielen Dank für Ihr Vertrauen!**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

---

Ort, Datum

Unterschrift