

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 = 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 = 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