



## Anamnesebogen

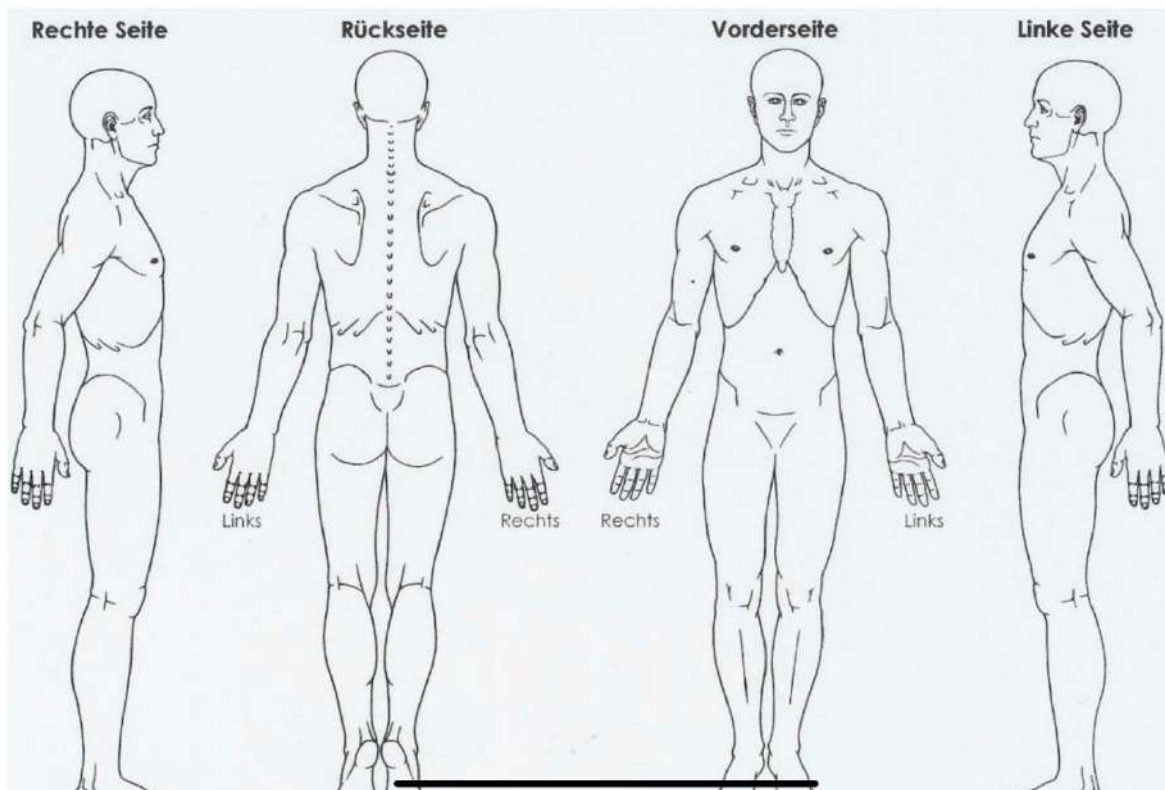
Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mein Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötige ich einige Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Name	Nachname
Adresse	
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Mobil	E-Mail
Geburtstag	Beruf
Hobbys	Hausarzt

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

1. Wo habe Sie Ihre Probleme (bitte einzeichnen)



2. Was sind Ihre **Hauptbeschwerden**?

---

3. Haben Sie im Moment Schmerzen? Ja  nein

4. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? Ja  nein

5. Ist Ihre Sensibilität verändert (Kribbelercheinungen/Taubheit) Ja  nein

6. Haben Sie Kraftverlust verspürt? Ja  nein

7. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden? Ja  nein

8. Gab es einen Auslöser für die Beschwerden (Sturz, Unfall, etc) Ja  nein

9. Haben Sie Krampfadern? Wenn ja, wo?

---

10. Haben Sie eine Hauterkrankung? Wenn ja wo?

---

11. Was verbessert Ihre Beschwerden (Aktivität, Wärme, Kälte, Bewegung, Ruhe, Stehen, Sitzen, Liegen, Gehen, Tragen etc)?

---

12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden (siehe oben)

---

13. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? (bitte ankreuzen)

(keine Schmerzen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz

14. Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal (bitte ankreuzen)

(Keine Schmerzen) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximaler Schmerz

15. Haben Sie Ihre Schmerzen (bitte einkreisen) **permanent/ mit Unterbrechung**

16. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): **gleich bleibend; / besser werdend/ verschlechternd**

17. Haben Sie Gang oder Gleichgewichtstörung bei sich festgestellt? Ja  nein

18. Haben Sie Schmerzen beim **Husten, Niesen, Pressen** oder **Schlucken**? Ja  nein

19. Sind Sie **Schwanger**? Ja  nein

20. Leiden Sie an **Kopfschmerzen** Ja  nein

21. Leiden Sie unter **Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfälle** oder **Schluckbeschwerden** Ja  nein

22. Haben Sie einer der folgenden Erkrankungen: **Diabetes, Rheuma, Osteoporose** Ja  nein



23. Haben Sie Probleme mit inneren Organen (Sodbrennen, Verstopfung) ? Ja  nein
24. Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. **Bluthochdruck, Hepatitis, Aids** o.ä.) Ja  nein
25. Nehmen Sie Momentan Medikamente? Ja  nein
- Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

26. Hatten Sie jemals einen **Tumor** oder **eine Krebserkrankung (Tumor-Op)** Ja  nein
27. Haben Sie nachts schmerzen? Ja  nein
28. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen? Ja  nein
29. Hatten Sie in den letzten Wochen Fieber oder nächtliches Schwitzen? Ja  nein
30. Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle und/ oder Operationen Ja  nein
- Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

31. Welche Maßnahme/Therapien wurden bisher bei Ihnen durchgeführt: (Bitte einkreisen)  
**Röntgen,/CT/MRT/Spritzen/Massagen/Physiotherapie/**  
Anderes: \_\_\_\_\_

32. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? Ja  nein
33. Haben Sie bedenken, dass Ihre Problem länger andauern könnte? Ja  nein
34. Haben Sie sonstige Probleme, welche mit den Hauptbeschwerden nicht in Zusammenhang stehen  
**(Seh, -Sprech,-Hörprobleme, Inkontinenz, etc)** Ja  nein
35. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Behandlung?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vereinbarung über die wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen**

1. Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen!
2. Ich bin mir bewusst, dass nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann und das alle Angaben des Fachpraktikers nur Empfehlungen sind.
3. Durch falsche Angaben durch den Kunden, haftet der Fachpraktiker nicht für Schäden. (siehe Zusatzvereinbarung -Präventionsvertrag)

Unterschrift des Kunden: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Notiz:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_