



Anamnesebogen

Name:

Adresse:

Telefon:

Geb.Datum:

Größe:

Gewicht:

Blutdruck:

Familienverh.:

Kinder:

Beruf:

Hobbys:

Allergien:

Kinderkrankheiten:

Impfungen:

Operationen:

bisherige Erkrankungen:

Infektionskrankheiten:

Knochenbrüche:

Verletzungen:

Narben:

Zahngesund:

Schlaf:

Simmung:

Stress:

Schmerzen:

seit wann:

Schmerzpegel 1-10:

welche Therapien bisher:

Ohr

Ohrgeräusche [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Hörminderung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

„belegte“ Ohren [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schwindelgefühle [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Nase

Atembeschwerden [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Nasennebenhöhlenentzündung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Hals- und Rachenentzündungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

„verstopfte“ Nase [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Heuschnupfen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schnarchen/Atemaussetzer [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kopf und Gesicht

Benommenheit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Berührungsempfindlichkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Zittern (Augenlid, Zunge, Hände) [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Augen

Sehstörungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Lichtempfindlichkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schielen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

trockene Augen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Augenentzündungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Nacken und Hals

Schluckbeschwerden [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kloßgefühl im Hals [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Nackensteifigkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schulter und Arm

Beweglichkeitseinschränkung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kribbeln/Taubheitsgefühle [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]**Rücken**

Steifheit im Rücken [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kälteempfindlichkeit im Rücken [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Bandscheibenvorfall im Rücken [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Becken und Beine

Schwäche der Beinmuskulatur [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kribbeln/Taubheitsgefühle an den Beinen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Stress

beruflicher Stress, Sorgen, Konflikte [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

privater/familiärer Stress, Sorgen, Konflikte [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

starke Nervosität und Unruhe [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Traurigkeit und Kummer [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Gereiztheit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

deprimierte Stimmung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Stimmungsschwankungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Grübeln und Sorge vor der Zukunft [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Ängstlichkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Unentschlossenheit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Gefühl neben sich zu stehen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Gedächtnisstörungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Schlafstörungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Konzentrationsstörungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Appetitlosigkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Gewichtsverlust [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Allgemeine Beschwerden

allergische Reaktionen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Hautausschläge oder Hautjucken [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Infektanfälligkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Asthma oder chronische Bronchitis [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Kurzatmigkeit [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Herz-Kreislauf-Beschwerden [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Magenbeschwerden [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Übergewicht [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Bewegungsmangel [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Müdigkeit/Mattigkeit/Erschöpfung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

weicher Stuhlgang oder Durchfälle [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Verstopfung [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Blähungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Menstruationsstörungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Klimakterische Beschwerden [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Nieren-/Blasenbeschwerden [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Stoffwechselerkrankungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Hormonelle Erkrankungen [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Sonstige Beschwerden (Tragen Sie sonstige Beschwerden hier ein!)

1. _____ [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

2. _____ [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

3. _____ [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]

Bitte kreuzen Sie an! nein ja

Leiden Sie unter Muskelverspannungen und Beweglichkeitseinschränkungen?

Hatten Sie irgendwelche Unfälle, Verletzungen oder Operationen?

Sind Sie in Ihrem Beruf oder Ihrem Sport irgendwelchen besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt? Fühlen Sie sich körperlich überfordert?

Fühlen Sie sich körperlich eher unterfordert?

Haben Sie Beschwerden beim Gehen oder Stehen?

Üben Sie Ihren Beruf hauptsächlich im Sitzen aus?

Haben Sie den Verdacht, dass mit Ihrem Bett etwas nicht stimmen könnte?

Tragen Sie Einlegesohlen?

Haben Sie irgendwelche Gelenk- oder Muskelschäden?

Haben Sie irgendwo in Ihrem Körper größere Narben oder Geschwüre oder sonstige Hautveränderungen?

Rauchen Sie?

Sind Sie in Ihrer Arbeit oder bei Ihrem Hobby irgendwelchen Umweltbelastungen ausgesetzt?

Wie wohnen Sie? Besteht die Möglichkeit, dass Sie in Ihrer Wohnung irgendwelchen Umweltbelastungen ausgesetzt sind?

Ernähren Sie sich ungesund?

Haben Sie Übergewicht?

Bewegen Sie sich zu wenig?

Fühlen Sie sich oft müde und matt?

Schlafen Sie zu wenig?

Erholen Sie sich wenig?

Leiden Sie unter Allergien?

Leiden Sie unter chronischen Entzündungen?

Sind Sie infektanfällig?

Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung?

Leiden Sie unter einer Immunerkrankung?

Bitte kreuzen Sie an! nein ja

Leiden Sie unter einer hormonellen Erkrankung?

Haben Sie Stimmungsschwankungen?

Haben Sie Schlafstörungen?

Leiden Sie unter schlechtem Appetit?

Sind Sie nervlich nicht belastbar?

Sind Sie reizbar oder nervös?

Neigen Sie zum Grübeln?

Sind Sie deprimiert?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Haben Sie familiäre Sorgen oder Konflikte?

Sind Sie mit dem Verhalten Ihres Ehepartners unzufrieden?

Sind Sie mit dem Verhalten Ihrer Kinder unzufrieden?

Sind Sie mit Ihren Wohnverhältnissen unzufrieden?

Haben Sie Konflikte mit Ihren Nachbarn?

Fühlen Sie sich einsam?

Sind Sie mit Ihrem Beruf unzufrieden?

Sind Sie mit Ihrer beruflichen Stellung unzufrieden?

Sind Sie mit dem Arbeitsklima an Ihrer Arbeitsstelle unzufrieden?

Macht Ihnen irgendetwas Angst?

Sind Sie bei Ihrer Arbeit, Ihrem Hobby oder in Ihrer Wohnung irgendwelchen Umweltbelastungen oder

elektrischen Feldern ausgesetzt?

Nutzen Sie häufig und intensiv Ihr Handy?

Wohnen oder arbeiten Sie in der Nähe von Starkstromleitungen oder Sendemasten?

Gibt es einen bestimmten Ort, an dem sich Ihre Beschwerden deutlich verschlimmern?

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Alexandra Kuprat