Anamnesebogen

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		**Beruf.:**	
Krankenkasse:		**Tel.-Nr.:**	
Mail:			

1. Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?

_____

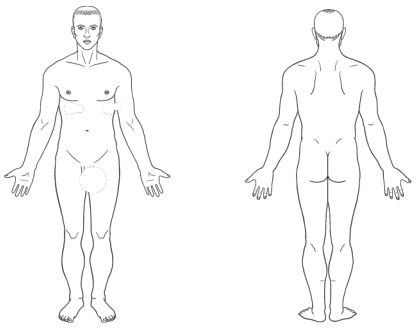
_____

2. Was verändert die Beschwerden (sowohl positiv als auch negativ)?

_____

_____

3. Kreisen Sie bitte Ihre Schmerzpunkte ein!



4. Welche Therapien hatten Sie bisher? Welche davon waren erfolgreich?

_____

_____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

_____

_____

6. Hatten Sie bisher Operationen in ihrem Leben? (z.B. auch Zahn-OP/ Unfälle/ Traumata) Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

7. Liegt eine der folgenden Erkrankungen vor?

- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Blutgerinnungsstörung
- ☐ Herzschrittmacher/Defibrillator
- ☐ Bypass/Stent
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Migräne
- ☐ Osteoporose
- ☐ Skoliose
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Rheuma
- ☐ Diabetes Typ I
- ☐ Diabetes Typ II
- ☐ Atemwegserkrankung: _____
- ☐ Bandscheibenvorfall Höhe: _____
- ☐ Sonstige: _____

8. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen Sport und wie häufig?

_____

_____

9. Was wollen Sie im Alltag wieder können, was aufgrund der aktuellen Beschwerden nicht möglich ist?

_____

_____

_____

☐ **Hiermit bestätige ich das gewissenhafte Ausfüllen des Anamnesebogens.**

_____

Datum, Unterschrift