



---

## Anamnesebogen

---

Mit diesem Anamnesebogen werden wir im Vorfeld schon einmal relevante Daten erheben. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können. Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie uns einfach an.

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Kommen Sie zu uns durch Empfehlung, wenn ja, durch wen?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie krankenversichert?

Privat bei \_\_\_\_\_  Post B  Gesetzlich

Welches sind Ihre **momentanen Beschwerden**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie damit bereits in Behandlung?

Nein  Ja, bei einer/m  Arzt/Ärztin  Heilpraktiker/in

Name: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_



Röntgenbilder  CT  MRT  zuletzt: \_\_\_\_\_ Monat/Jahr

Therapie/n:  Homöopathie  Akupunktur  Chiropraktik

Krankengymnastik  Osteopathie  Spritzen

Ergebnisse:  viel Erfolg  wenig Erfolg  kein Erfolg

■ Wann haben diese **Beschwerden** begonnen?  vor \_\_\_\_\_ Jahren/Monaten/Tagen

## Schmerzskala

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
(kein Schmerz) (stärkste Schmerzen)

■ Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

Nein, es ist das erste Mal  Ja, schon oft  regelmäßig

■ Ursache der Beschwerden?

Autounfall  Sturz  unbekannt  \_\_\_\_\_

War der Beginn >  plötzlich oder  allmählich?

■ Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden **Medikamente?**  Nein

Voltaren/Diclofenac  Cortison  Tramal/Tilidin

Lyrica/Mydocalm  Ibuprofen  \_\_\_\_\_

Diese Mittel helfen >  gut  schlecht  nur kurzfristig

**Operationen:**  Hüft-Prothese rechts/links  Knie-Prothese rechts/links

Bandscheibe  Krebs

\_\_\_\_\_

