

Anamnesebogen

Name:	
Adresse/Ort:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Beruf:	

Welches Anliegen führt Sie zu uns?

Seit wann bestehen die genannten Beschwerden?

Was haben Sie bisher dagegen unternommen?

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?

Folgende Fragen bitte mit Ja oder nein beantworten:

Liegen oder lagen bei Ihnen Hauterkrankungen vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates vor? Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Nervensystems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Hormonsystems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Immunsystems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Atmungssystems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Verdauungssystems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Harntraktes vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen Erkrankungen des Fortpflanzungssystems vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Liegen oder lagen bei Ihnen sonstige Vorerkrankungen vor?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

Ja nein

Wenn ja, welche:

Hatten Sie Operationen? Welche und Wann?

(Knie, Schulter, Hüfte, Blinddarm, Kaiserschnitt, Gebärmutter etc.)

Weitere Körperfunktionen (Fragen bitte mit ja/nein beantworten)

- Leiden Sie an Müdigkeit oder Energielosigkeit? Ja nein
- Ist Ihre Verdauung zu Ihrer Zufriedenheit? Ja nein
- Haben Sie Verstopfung/ Durchfall? Ja nein
- Haben Sie oft Durst? Ja nein
- Gehen Sie oft auf die Toilette, haben Sie dabei Schmerzen? Ja nein
- Müssen Sie öfter husten oder haben Sie Auswurf? Ja nein
- Leiden Sie unter trockener Nase/Mund? Ja nein
-
- Ist Ihre Menstruation regelmäßig und schmerzfrei? Ja nein
- Merken Sie Einschränkungen im Beckenboden? Ja nein
- Hat sich nach der Geburt für Sie was verändert? Ja nein
- Haben Sie Gefühlstörungen im Narbenbereich? Ja nein

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vollständig aus und schicken diesen dann wieder zurück an die genannte Email-Adresse oder bringen diesen ausgedruckt zu Ihrem Termin mit!

team@kraftwerk12.de