



Anamnesebogen für Erwachsene

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Tel. beruflich: _____

Tel. mobil: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse/ Erstattungsmöglichkeit: _____ Hausarzt: _____

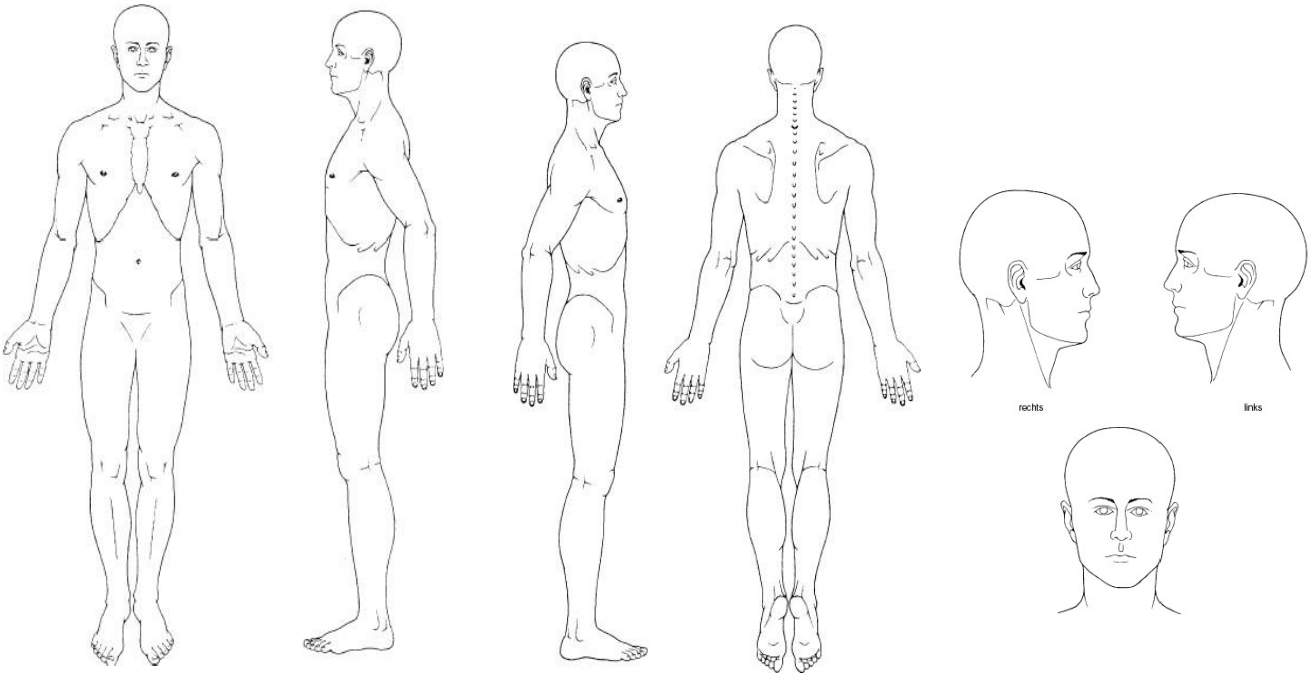
Beruf: _____ Familienstand/Kinder: _____

Wer hat uns empfohlen: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen soweit wie möglich. Sofern etwas zutrifft bitte ankreuzen, sonst in eigenen Worten beschreiben.

Was ist der Grund Ihres Besuches? Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?

Bitte markieren Sie ggf. den Ort des Schmerzes:



Wie stark sind aktuell Ihre Beschwerden, machen Sie ein Kreuz auf der Skala:

Stärkste vorstellbare Beschwerden -10 -5 Neutral 0 +5 maximales Wohlbefinden +10

Wie fühlt sich der Schmerz an? (ziehend, bohrend, Steifigkeit...)

Wann tritt das Problem auf? (z.B. morgens, im Büro..)

Wann trat das Problem erstmalig auf? Gab es einen Auslöser?

Was lindert Ihre Beschwerden?

Was verschlimmert Ihre Beschwerden?

Welche (Fach-)ärzte haben Sie bisher aufgesucht? Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Was sind Ihre Ziele/ Erwartungen?:

Allgemeines:

Größe: _____ Gewicht: _____ +/- _____ kg in den letzten _____ Monaten

Zigaretten: _____ / Tag

Alkohol: _____ pro _____

Kaffee: _____ pro _____

Blutdruck: _____ / _____ mm/Hg

Frühere Operationen (auch Zahnbehandlungen) mit Datum:

Unfälle (auch aus der Kindheit):

Liegen bei Ihnen orthopädische Vorerkrankungen vor? (z.B. Bandscheibenvorfall; M.Scheuermann;Arthrose):
nein ja:

Gibt es Erkrankungen, auch aus Ihrer Vergangenheit? (z.B. Autoimmunerkrankungen, Krebs, Drogenmissbrauch, HIV, Tuberkulose, Thrombose): nein ja:

Haben Sie Hilfsmittel? (z.B. Zahnsperre/-schiene, Schuheinlagen, Brille): nein ja:

Gibt es Erkrankungen in der Familie? (z.B. Bluthochdruck;Herzinfarkt; Schlaganfall; Krebs;Diabetes;Suizid):

Atemwege:

Husten/ Auswurf: nein ja
Atemnot: nein ja, und zwar in Ruhe bei Belastung
Asthma bronchiale/Bronchitis: nein ja
Lungen- /Nasennebenhöhlenentzündungen: nein ja
sonstiges:

Herz-Kreislauf-System:

Herzrhythmusstörungen: nein ja
Angina pectoris: nein ja
Herzinfarkte: nein ja
Körperliche Belastbarkeit? gut/normal schlecht
Wassereinlagerungen/ Ödeme: nein ja
Arterienverkalkung: nein ja
Krampfadern/Venenentzündungen: nein ja
sonstiges:

Magen-Darm-Trakt:

Appetitlosigkeit/ Übermäßiger Appetit/Esstörungen: nein ja:
Nahrungsmittelunverträglichkeit/ Abneigung gegen Essen: nein ja, gegen
Durchfall/ Verstopfung/ Blähungen: nein ja
Blut oder Schleimauflagerung im Stuhl: nein ja
Darmerkrankungen (z.B. M.Crohn, Divertikulose): nein ja:
Magengeschwür / Zwölffingerdarmgeschwür: nein ja
Leberentzündung : nein ja
Gallensteine: nein ja
Völlegefühl/ Sodbrennen/ Aufstoßen/ Übelkeit: nein ja
sonstiges:

Nervensystem / Neurologie:

Störung der Sensibilität: nein ja
Minderung der Muskelkraft: nein ja
Müdigkeit/ Leistungsminderung/ Konzentrationsstörungen: nein ja
Schlafstörungen: nein ja
Kopfschmerz/Migräne: nein ja
Schwindel: nein ja
Sehstörungen: nein ja
Ohrgeräusche/ Tinnitus/ Schwerhörigkeit: nein ja:
Knirschen Sie mit den Zähnen? nein ja
Psychische Erkrankung: nein ja:
sonstiges:

Hormon-/ Immunsystem/ Haut:

Schilddrüsenerkrankung: nein ja
Allergien: nein ja
erhöhte Schweißneigung: nein ja: tagsüber nachts
erhöhte Temperatur/Fieber: nein ja
schnell blaue Flecken/ Wunden bluten leicht: nein ja
Erkrankung des Knochenstoffwechsels (z.B.Osteoporose): nein ja:
Diabetes mellitus: nein ja
Juckreiz: nein ja
Hauterkrankung: nein ja
sonstiges:

Harnwege/Geschlechtsorgane:

Wieviel trinken Sie pro Tag? ca. _____ Liter
Wasserlassen: ca. _____ x / Tag ca. _____ x / Nacht
Ungewollter Harnabgang: nein ja
Veränderungen des Urins (z.B. Farbe, Geruch): nein ja:
gehäufte Harnwegsinfekte: nein ja
sonstiges:

Frauen:

Zysten/ Myome/ Endometriose: nein ja:
Sind Sie schwanger? nein ja , in der _____ Schwangerschaftswoche
Gab es in der Vergangenheit Fehlgeburten oder Abbrüche? nein ja:
Haben Sie Regelschmerzen ? nein ja
Ist ihr Zyklus unregelmäßig? nein ja
Haben Sie eine Spirale? nein ja
Wechseljahrsbeschwerden: nein ja
Erkrankungen der Brust: nein ja
sonstiges:

Männer:

Schmerzen beim Wasserlassen? nein ja
Dünner Harnstrahl/ Langsamer Beginn? nein ja
Prostataentzündungen/ -vergrößerung: nein ja
sonstiges:

Medikamente (auch Hormone, z.B. die „Pille“, sowie Homöopathika, Nahrungsergänzungsmittel etc.):

Bitte bringen Sie Zahnschienen, Einlagen und Untersuchungsberichte wie z.B. Röntgenbilder zum ersten Termin mit.
Wir danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen.

Kleingedrucktes:

- Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind
- Mit Manipulationen („einrenken“) auch an der Wirbelsäule bin ich einverstanden: ja nein
Die Risiken sind mir bekannt / über die Risiken bin ich aufgeklärt worden
- Die Behandlung ist eine Privatleistung, die auf Grundlage der GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)/Hufelandverzeichnis erfolgt.
Im Falle der fehlenden Kostenübernahme durch meine Krankenkasse muss ich die Kosten selbst tragen. Eine Preisinformation habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.
- Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten des Termins selbst tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe. Termine müssen mit Angabe des Datums abgesagt werden.

Hamburg, _____

Unterschrift: _____