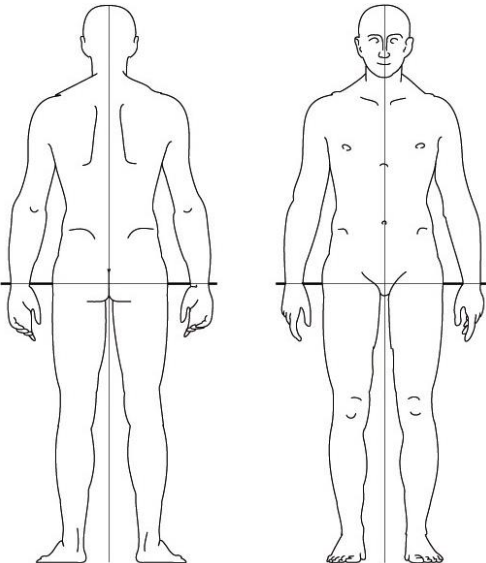


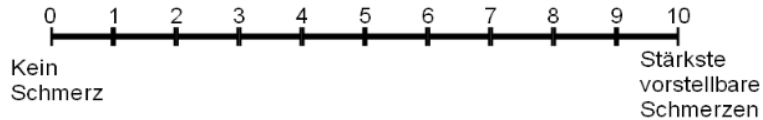
## Anamnesebogen

Persönliche Angaben	
Name:	Geb. Datum:
Vorname:	Tätigkeit / Beruf:
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Zusatz
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:	
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch:	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges

Hauptbeschwerden:
Was sind Ihre aktuellen Hauptbeschwerden:
Wo haben Sie die Beschwerden - bitte auf der Zeichnung markieren:

Seit wann haben Sie diese Beschwerden:
Die Beschwerden sind <input type="checkbox"/> erstmalig aufgetreten <input type="checkbox"/> bereits bekannt seit:
Gab es eine Ursache für die Beschwerden: <input type="checkbox"/> nein ja: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Reise <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> andere:
Lassen sich die Beschwerden durch bestimmte Maßnahmen beeinflussen: <input type="checkbox"/> nein ja: ... wird besser bei: ... wird schlechter bei:

Sind die Beschwerden  lokal begrenzt oder  ausstrahlend in:

Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 1 bis 10 - bitte markieren:



Waren Sie wegen der Beschwerden bereits in Behandlung:  nein ja, bei:

Arzt  Heilpraktiker  Osteopath  Chiropraktiker  Physiotherapeut  Sonstige

Welche Diagnose(n) wurde(n) gestellt:

Haben Sie Röntgen-, CT- oder MRT-Aufnahmen (dabei):  ja  nein

Nehmen Sie gegen die *aktuellen Beschwerden* Medikamente:  nein ja:

Schmerzmittel:

Entzündungshemmer:

andere Medikamente:

### Weitere Beschwerden und Vorerkrankungen:

Haben Sie noch weitere aktuelle oder wiederkehrende Beschwerden:

nein ja, bitte eintragen:

- Augen- / Sehprobleme
- Nasennebenhöhlenentzündung
- Kopfschmerzen / Migräne
- Schwindel / Gleichgewichtsstörung
- Ohrgeräusche (Tinnitus)
- Kreislaufschwäche / Ohnmacht
- Konzentrationsschwäche / Müdigkeit
- Kieferbeschwerden (Knirschen, CMD)
- Schulter- / Nackenschmerzen
- Brustschmerzen / Herzrasen
- Rückenschmerzen / Hexenschuss
- Armschmerzen ( mit oder  ohne Kribbeln / Taubheitsgefühl)
- Beinschmerzen ( mit oder  ohne Kribbeln / Taubheitsgefühl)
- Fußbeschwerden ( mit oder  ohne Kribbeln / Taubheitsgefühl)
- Verdauungsbeschwerden
- Blasenbeschwerden
- sonstige Beschwerden:

Hatten oder haben Sie noch weitere Vorerkrankungen:

nein ja, bitte eintragen:

- Arteriosklerose (Gefäßverkalkung)
- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
- Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)
- Blutdruckerkrankung (Hyper- / Hypotonie)

Herzerkrankung / Herzinfarkt  
 Hirnerkrankung / Schlaganfall  
 Blutgerinnungsstörungen  
 Schilddrüsenerkrankung  
 Atembeschwerden (Asthma, Bronchitis, Pneumonie)  
 Arthritis (Gelenkentzündung, Gicht)  
 Arthrose (Gelenkverschleiß)  
 rheumatische Erkrankung  
 Osteoporose (geringe Knochendichte)  
 Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)  
 Scheuermann (Adoleszentenkyphose)  
 Bandscheibenvorfall (Diskusprolaps)  
 Bänder-/Sehnen-/Muskelriss  
 Knochenbruch (Fraktur)  
 Infektionskrankheiten  
 Hautkrankheiten  
 psychische Erkrankung  
 Krebs/Tumor:  
 Prostata  Brust  Dickdarm  Lungen  Sonstiges:  
 sonstige Erkrankungen:

Nehmen Sie gegen die *Vorerkrankungen* Medikamente:  nein  ja, folgende:

Hatten Sie (schwere) Unfälle bzw. Stürze:  nein  
 ja: Was? Wann?

Es gab Narben bzw. Komplikationen:  nein  ja:

Hatten Sie Operationen:  nein  
 ja: Was? Wann?

Es gab Narben bzw. Komplikationen:  nein  ja:

Es wurden  Schrauben  Platten  Prothesen  Sonstiges eingesetzt.

### **Für Frauen:**

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft:  nein  ja

Gab es bereits Schwangerschaften bzw. Geburten:  nein  
 ja:  natürliche Geburt  Kaiserschnitt  Fehlgeburt  Sonstiges:

Hatten oder haben Sie weitere gynäkologische Beschwerden:  
 nein  ja, folgende: