

Die Knochenheilerei

Anamnesebogen

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Email _____

Zur Person

Alter _____ Größe _____ Körpergewicht _____

Beruf _____ in Vollzeit / Teilzeit

Familienstand _____ Kinder _____ Alter _____

Hobbys _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

Würden Sie ihren Schlaf "gut" bewerten? Ja / Nein

Schwitzen Sie in der Nacht? Ja / Nein

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? _____

Was und wie viel Trinken Sie am Tag? _____

Rauchen Sie? Ja / Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein Wie viel und wie oft? _____

Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie derzeit? Ordnen Sie ungefähr nach Dringlichkeit von oben nach unten und schreiben Sie dazu, wie lange die Beschwerde schon besteht.

Woher glauben Sie persönlich kommen die Beschwerden?

Gibt es ärztliche Diagnosen?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja welche?

Als wie stark empfinden Sie ihre Schmerzen?

keine Schmerzen _____ maximal stark

Gibt es etwas, was die Schmerzen verstärkt?

körperliche Belastung

längeres Stehen / Gehen

Sitzen

Stress

Kälte

Wärme

tiefe Atmung

Husten

etc. _____

Gibt es einen Bezug zur Tageszeit? Ja / Nein

Markieren Sie die Worte, die Ihre Schmerzqualität beschreibt:

ziehend - brennend - stechend - klopfend - drückend - reißend - dumpf

krampfend - bohrend - kolikartig - kribbelnd - taub - kalt - heiß

Gibt es etwas, was die Problematik verbessert?

Hatten Sie Unfälle / Knochenbrüche / Operationen? Auch lang zurückliegende Ereignisse können wichtig sein

Sind folgende Erkrankungen von Familienmitgliedern bekannt?

Bluthochdruck - Herz/Kreislaufferkrankungen - Diabetes - Asthma - Krebs

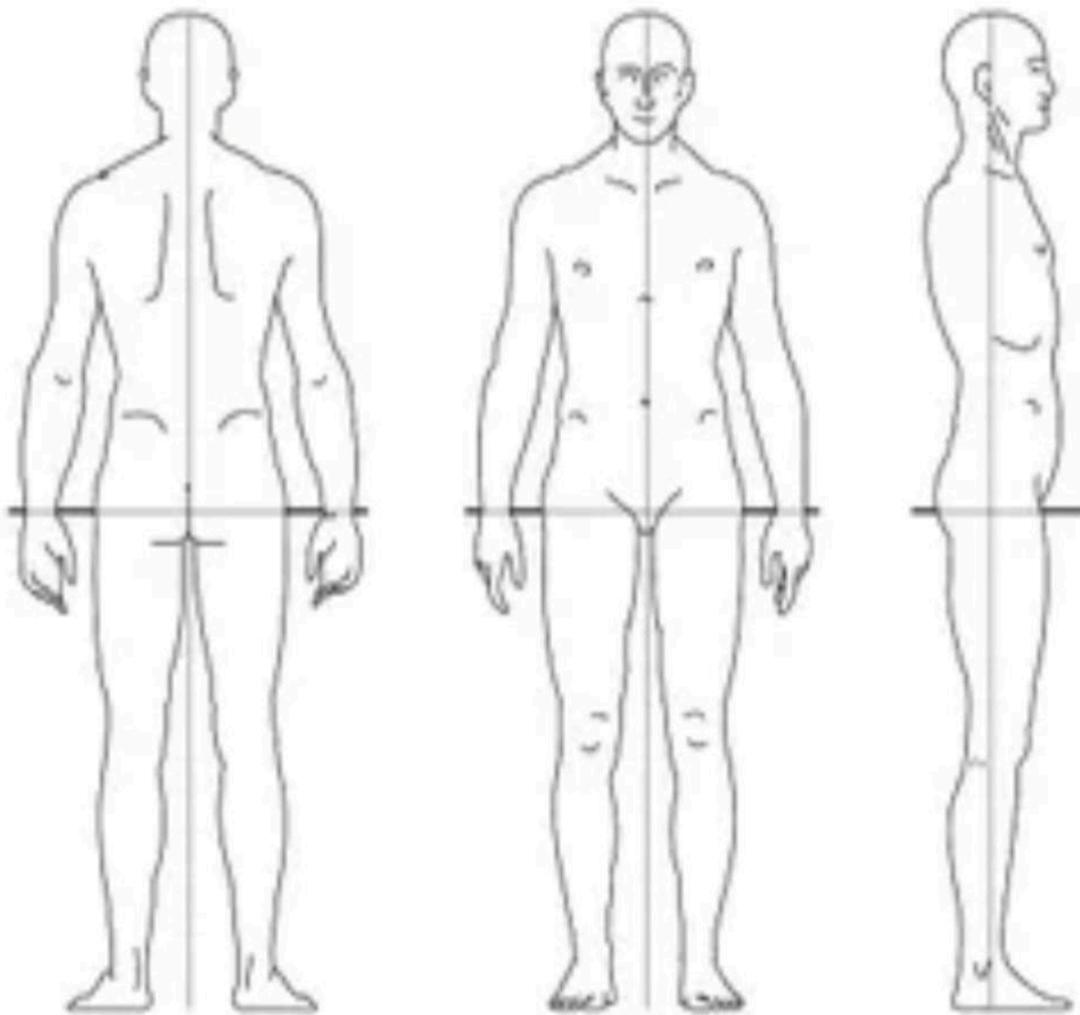
Rheuma - Allergien - Demenz - andere Erbkrankheiten

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten?

Die restlichen Punkte gehen wir noch einmal gemeinsam während der Behandlung durch.

Hautzustand

Bewegungseinschränkungen



Safetytests
