



Anamnese Bogen Erwachsene

Vorname: _____ Name: _____
 Adresse: _____
 Geburtsdatum: _____
 Telefon: _____ Handy: _____
 E-Mail: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert bei: _____
 privat versichert bei: _____
 Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei : _____

Beruf: _____

Ich sitze viel Ich stehe viel Meine Arbeit ist körperlich anstrengend

Familienstand: _____

Kinder? Wie viele ? _____
 Schwangerschaft? Nein Ja

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Nein Ja

Name des Arztes: _____

Nehmen Sie Medikamente?

Schmerzmedikamente Blutverdünner entzündungshemmende Medikamente
 Diabetiker Medikamente Herz-/ Blutdruckmedikamente Cholesterinsenker

andere _____

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen? Nein Ja

Welche? _____

Gab es im Kindesalter Unfälle/Stürze? Nein Ja

Welche? Und wann? _____

Gab es im Kindesalter Operationen? Nein Ja

Welche? Wann war das? _____

Treten in Ihrer Familie häufig bestimmte Krankheiten auf? Nein Ja

Welche? _____



Haben Sie in den letzten 2 Jahren Impfungen erhalten?

Nein

Ja

Welche? _____

Gab es Komplikationen?

Nein

Ja

Gab es nennenswerten Krankheiten in den vergangenen Jahren?

Nein

Ja

Welche und wann? _____

Haben Sie in folgenden Bereichen Beschwerden?

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Lendenwirbelsäule

Brustwirbelsäule

Halswirbelsäule/ Nacken

Brustkorb

Gelenke, Welche? _____

Kopfschmerzen / Migräne

Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerzen)

Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lagerungsschwindel)

Ohnmacht, Kreislaufschwäche

Gleichgewichtsstörungen

Schulter-, Arm-, Handschmerzen

Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme

Becken, Iliosakralgelenk (ISG), Leiste

Tauchen folgende Empfindungen oder Beschwerden bei Ihnen auf?

Schmerzen, Brennen, Stiche, Kribbeln, Kälte in

Armen

Beinen

Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen

Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen

Schmerzen, die am Schlafen hindern

Schmerzen beim Sitzen / Aufstehen

Schmerzen, die in das Gesäß / Bein ausstrahlen

rechts

links

Müdigkeit

Unzufriedenheit

gestresst

einsam

Hörgeräusche (Tinnitus)

kontaktscheu Steifheit

Konzentrationsstörungen

Stimmungsschwankungen

Verdauungsprobleme

Sodbrennen

Durchfall / Verstopfung

Blähungen

Hämorrhoiden

Unverträglichkeiten / Allergien

Schnelle Gewichtzunahme

Übergewicht

Narben

Ödeme

Kurzatmigkeit

Verspannung

rheumatische Beschwerden

Amalgamfüllungen

Schlechtes Allgemeinbefinden

Ihre Beschwerden sind akut seit _____ Tagen.

Ihre Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen, _____ Monate, _____ Jahren

Ihre Beschwerden treten immer wieder auf

Hatten Sie einen Unfall?

Autounfall

Sturz

Schleudertrauma

Gehirnerschütterung

andere: _____

Waren Sie damit schon in Behandlung ?

Nein

Ja



Schafgewohnheit:

- Ich schlafe sehr gut Ich schlafe eher schlecht Schlafdauer pro Nacht ca. _____ Stunden.
 Einschlafprobleme Durchschlafprobleme

Grund: _____

- Ich schnarche Ich habe morgens einen trockenen Mund
 Ich träume viel Alpträume Restless legs

Bevorzugte Schlafposition: _____

Alltag:

- Kein Frühstück Keine Zeit zum Essen Spätes Essen
 Instant-Produkte und Fastfood

Bevorzugte Getränke: _____

- Kaffee _____ Tassen pro Tag

Meine tägliche Trinkmenge _____ Liter.

- Ich ernähre mich ausgewogen vegetarisch vegan _____

Wie sieht ein normaler „Ernährungsalltag“ bei Ihnen aus?

Frühstück: _____

Mittagessen: _____

Abendessen: _____

Snacks zwischendurch: _____

- Ich trinke Alkohol gelegentlich jede Woche täglich nie

- Ich rauche _____ Zigaretten pro Tag

- Ich treibe Sport gelegentlich jede Woche täglich gar nicht

Bevorzugte Sportart _____

Arbeitsplatz:

- Schreibtischarbeit Schichtdienst viel im Auto unterwegs
 hohe körperliche Belastung emotionale Belastung sonstiges _____
 spezielle Körperhaltung: _____

Zusätzliche Informationen, die wichtig sein könnten!

Die Anamnese wurde im Rahmen der Erstuntersuchung mit dem Patienten besprochen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler