

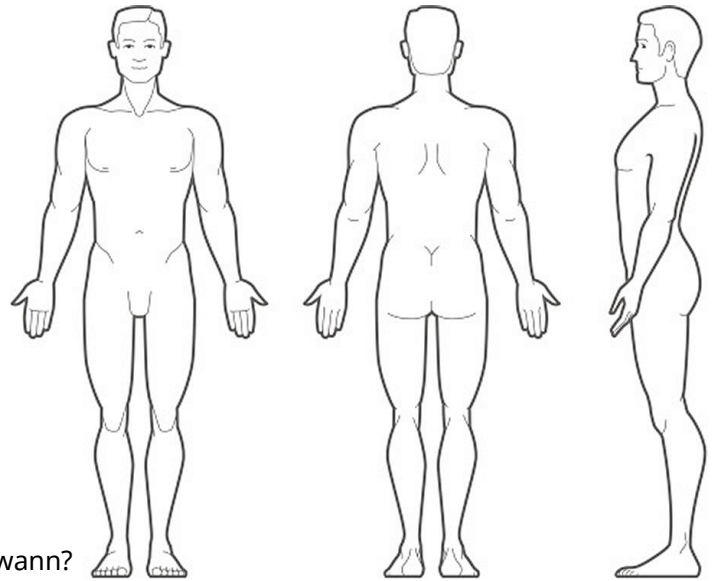
Anamnese – Fragebogen

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb. _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Email: _____



An welchen Körperstellen hast Du akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.

Unter welchen akuten Beschwerden leidest Du und seit wann?
Ordne die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

Schmerzskala: 1=Wenig Schmerz 10=Unerträgliche Schmerzen

1. _____ Schmerzskala: _____ seit: _____

2. _____ Schmerzskala: _____ seit: _____

3. _____ Schmerzskala: _____ seit: _____

Wie oft hast Du die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend,
kolikartig, krampfend, dumpf, beengend,

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, längeres stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte,
Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen,

Welche Ereignisse verbessern?

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Deiner jetzigen Beschwerden?
Auch Emotionale Ereignisse können eine Rolle spielen.

Eine Erkrankung

Kummer

Trauer

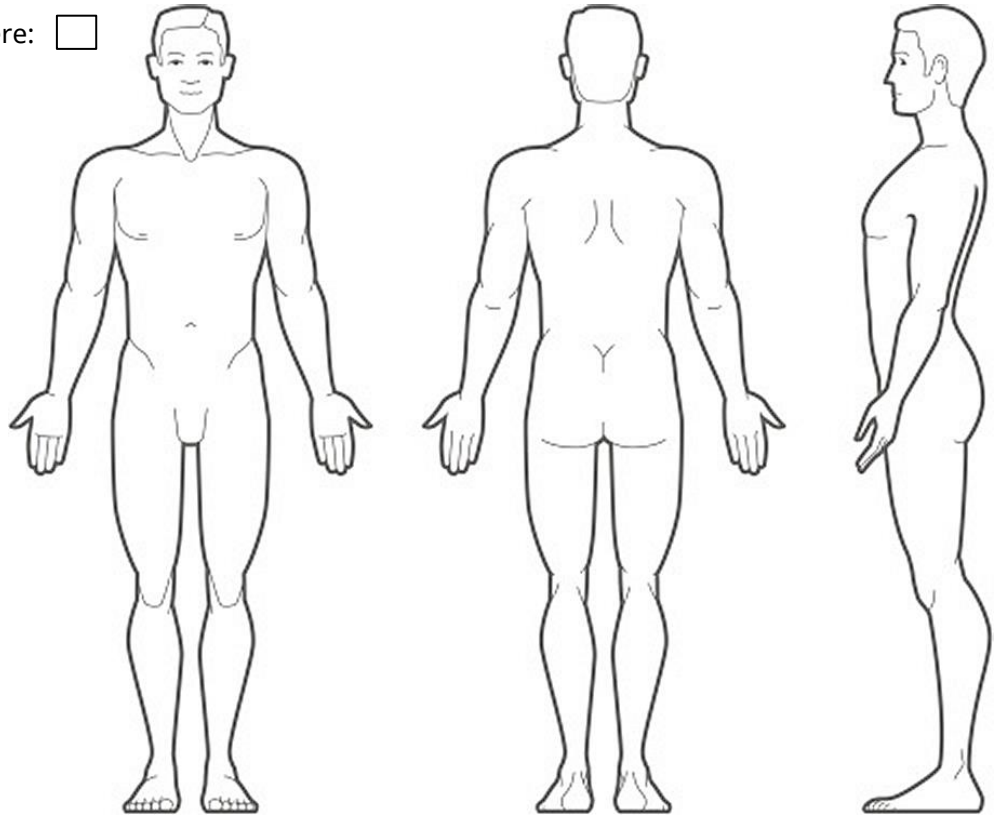
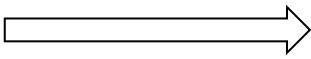
Schreck

Operationen

Hautausschläge

andere:

Hast Du Narben? Wo?



Welche Behandlungen hast Du gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nimmst Du zurzeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker hast Du bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlst Du dich?

Hast Du Krampfadern? Wenn ja wo?

Leidest Du unter Kopfschmerzen? Ja Nein

Häufig

Selten

Morgens

Abends

Vorne

Hinten

Links

Rechts

Auslöser der Kopfschmerzen: _____

Was verbessert: _____ Was

verschlechtert: _____

Wie viel Liter und was Trinkst Du pro Tag ?

Treibst Du Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?

Wie Schläfst Du?

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.....), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Was ist Dein Wunsch, was ist Dein Ziel?

Erklärung & Datenschutz

- Ich bestätige dass alle Gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen!
- Ich bin mir Bewusst das nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann, und dass alle Angaben des Therapeuten nur Empfehlungen sind.
- Der Therapeut haftet nicht für Schäden die durch falsche Angaben auftreten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Daniel Otmar zum Zweck des Informationsaustausches von Übungen, Protokollen und Veranstaltungen gespeichert werden.
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Monatlichen Newsletter. Ja Nein

Die Widerrufserklärung kann schriftlich oder per Mail eingereicht werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

