

# Anamnesebogen Erwachsene

Name: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  männl.  weibl. Alter: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_  privat  gesetzlich

Beruf: \_\_\_\_\_  Beihilfe  Zusatz

Halswirbelsäule (HWS) / Kopf (Gesicht, Augen, Ohren, Nase)	stark	mittel	leicht
HWS-Syndrom / Nackenverspannungen			
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung			
Kopfschmerzen / Migräne			
Schwindel			
Tinnitus / Ohrengeräusche			
Gesichtsschmerzen / Trigeminus-Neuralgie			
Sehstörungen / Augendruck			
Nasennebenhöhlenentzündung			
Sprachprobleme / Stottern			
Zähneknirschen / Kieferschmerzen			

Schulter Arme	stark	mittel	leicht
Kalk-Schulter / Schulterschmerzen			
Schmerzen im Arm / Hand oder Handgelenke			
Kribbeln-Taubheit in Armen / Händen / Fingern			
Tennis- / Golfer-Ellenbogen			
Karpal Tunnel Syndrom			

<b>Brustwirbelsäule (BWS) / Magen / Darm</b>	<b>stark</b>	<b>mittel</b>	<b>leicht</b>
Schmerzen in der Brustwirbelsäule			
Brustkorb- / Rippenschmerzen / Druckgefühl Brustbein			
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung			
Atembeschwerden / Asthma			
Magenbeschwerden / Verdauungsprobleme			
Übelkeit / Erbrechen			
<b>Lendenwirbelsäule (LWS) / Becken / Beine</b>	<b>stark</b>	<b>mittel</b>	<b>leicht</b>
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule			
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung			
Ischiasschmerzen / Kreuzbeinbeschwerden (ISG)			
Kribbeln-Taubheit in den Beinen / Füßen / Zehen			
Hüftschmerzen			
Knieschmerzen			
Fußschmerzen			
Verstopfungen / Durchfall			
Nieren- / Blasenbeschwerden			
Hoden- / Prostatabeschwerden			
Menstruationsprobleme			

<b>Stress / Psyche</b>	<b>stark</b>	<b>mittel</b>	<b>leicht</b>
Beruflicher / privater Stress			
Stimmungsschwankungen / Müdigkeit / Leistungsabfall			
Depressionen / Angst / Panikgefühl			
Übergewicht (Adipositas) / Gewichtsverlust			
ADS , ADHS /Konzentrationsschwäche			

<b>Allgemein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)		
Arthrose (Verschleiß)		

Osteoporose (geringe Knochendichte)		
Gefäßerkrankungen		
Schlaganfall		
Herzinfarkt		
Herzschrittmacher		
Blutgerinnungsstörung		
Bluthochdruck		
Schilddrüsenüber- / -unterfunktion		
Tumor / Krebserkrankung		
Diabetes mellitus		
Hepatitis		
Immunschwäche		

<b>Sonstiges</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Unfälle / Verletzungen: Welcher Art / Wann? .....		
Operationen: Welcher Art / Wann? .....		
Muskel- / Gelenkschäden		
Sind Sie im Alltag körperlichen Belastungen ausgesetzt?		
Haben Sie Beschwerden beim Gehen oder Stehen?		
Haben Sie im Beruf eine überwiegend sitzende Tätigkeit?		
Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen?		
Tragen Sie eine Zahnschiene?		
Rauchen Sie?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		
Weitere Beschwerden:		

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich den Aufklärungsbogen und die AGB's akzeptiere, sowie die Richtigkeit meiner Angaben)