

Anamnesebogen Erwachsene

Name: _____	geboren am: _____
Vorname: _____	<input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl. Alter: _____
Straße: _____	Größe (cm): _____
PLZ, Ort: _____	Anzahl Kinder: _____
Telefon: _____	Krankenkasse: _____
Mail: _____	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> gesetzlich
Beruf: _____	<input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/> 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			

Brustwirbelsäule (BWS) / Magen / Darm	stark	mittel	leicht
Schmerzen in der Brustwirbelsäule			
Brustkorb- / Rippenschmerzen / Druckgefühl Brustbein			
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung			
Atembeschwerden / Asthma			
Magenbeschwerden / Verdauungsprobleme			
Übelkeit / Erbrechen			

Lendenwirbelsäule (LWS) / Becken / Beine	stark	mittel	leicht
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule			
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung			
Ischiasschmerzen / Kreuzbeinbeschwerden (ISG)			
Kribbeln-Taubheit in den Beinen / Füßen / Zehen			
Hüftschmerzen			
Knieschmerzen			
Fußschmerzen			
Verstopfungen / Durchfall / Blähungen			
Nieren- / Blasenbeschwerden			
Hoden- / Prostatabeschwerden			
Menstruationsprobleme			

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

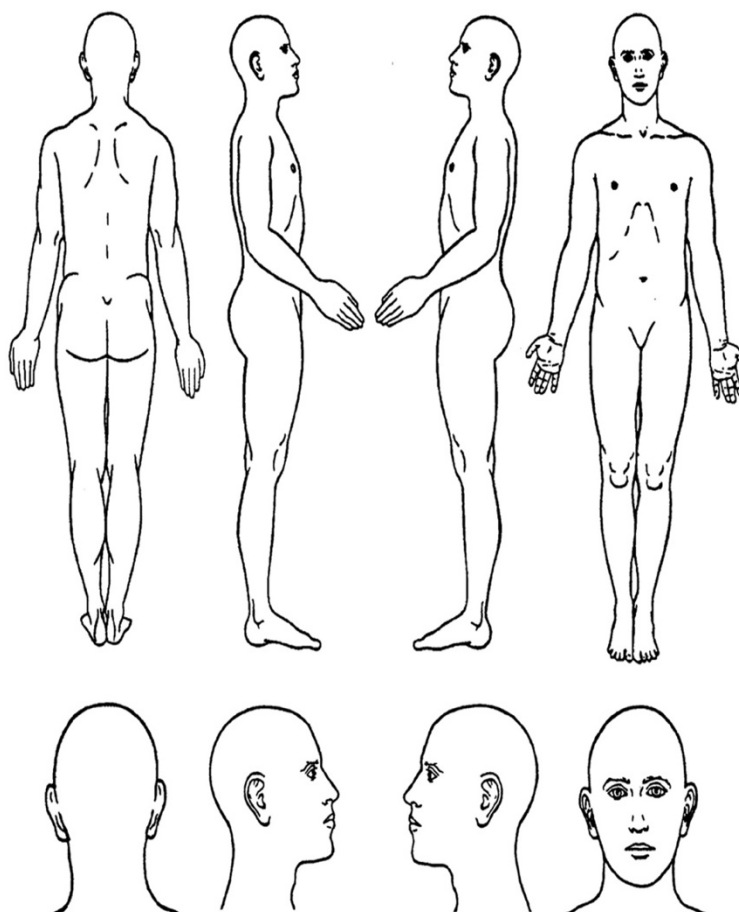
Allgemein	ja	nein
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)		
Arthrose (Verschleiß)		
Osteoporose (geringe Knochendichte)		
Gefäßerkrankungen		
Schlaganfall		
Herzinfarkt		
Herzschrittmacher		
Blutgerinnungsstörung		
Bluthochdruck		
Schilddrüsenüber- / -unterfunktion		
Tumor / Krebserkrankung		
Diabetes mellitus		
Immunschwäche / wiederkehrende Infektionen / Allergien		

Sonstiges	ja	nein
Unfälle / Verletzungen: Welcher Art / Wann? _____		
Operationen: Welcher Art / Wann? _____		
Sind Sie im Alltag körperlichen Belastungen ausgesetzt? / Welche? _____		
Haben Sie im Beruf eine überwiegend sitzende Tätigkeit?		
Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen? <small>Bringen Sie Diese zum Termin mit!</small>		
Tragen Sie eine Zahnschiene? <small>Bringen Sie Diese zum Termin mit!</small>		
Rauchen Sie?		
Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen? _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____		
Weitere Beschwerden: _____		

Schmerzen	ja	nein
Schmerzen bei Bewegung		
Schmerzen, auch in Ruhe		
Schmerzen bei Bewegungsbeginn (z.B. Aufstehen)		
Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen, Pressen		
Wechselnde Schmerzregionen		
Ausstrahlende Schmerzen		

Ernährung Mischkost Vegetarisch Vegan

Markieren Sie bitte **alle Stellen**, an denen Sie Schmerzen haben.
Bitte kennzeichnen Sie das **ganze Schmerzgebiet**.



Datum/Unterschrift: _____
(Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich den Aufklärungsbogen und die AGB´ sakzeptiere, sowie die Richtigkeit meiner Angaben)