

Anamnesebogen

1. Allgemeine Daten des Patienten

- Name:
 - Hausarzt (optional):
-

2. Beschwerden und Gründe für den Besuch

- Welche Beschwerden haben Sie aktuell?
.....
- Seit wann bestehen die Beschwerden?
.....
- Wie sind die Beschwerden entstanden? (z. B. Unfall, plötzlich, schleichend)
.....
- Wie würden Sie den Schmerz beschreiben? (z. B. stechend, ziehend, dumpf)
.....
- Gibt es bestimmte Auslöser oder Linderungsfaktoren? (z. B. Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte)
.....
- Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten und mit welchem Erfolg?
.....
- Beeinflussen die Beschwerden Ihren Alltag oder Schlaf?
.....

3. Medizinische Vorgeschichte

- Frühere Erkrankungen: (z. B. Bandscheibenvorfälle, Arthrose, Operationen)
.....
- Bestehende Erkrankungen: (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Rheuma)
.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte angeben: Wirkstoff und Dosierung)
.....
- Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?
.....
- Haben Sie aktuell psychische Belastungen? (z. B. Stress, Schlafprobleme)
.....
- Lebensstil:
 - Bewegung/Sport:
 - Ernährung:
 - Rauchen: Alkohol:
- Familienanamnese: (z. B. bekannte Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern)
.....

4. Allgemeingesundheitliche Fragen

- Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?
.....
- Haben Sie in letzter Zeit Fieber oder Nachtschweiß bemerkt?
.....

- Haben Sie starke, plötzlich auftretende Schmerzen?
.....
- Haben Sie neurologische Auffälligkeiten bemerkt? (z. B. Taubheitsgefühle, Kribbeln, Lähmungen)
.....
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder Stuhlgang?
.....
- Besteht eine bekannte Krebserkrankung in Ihrer Vorgeschichte?
.....
- Haben Sie Osteoporose oder eine erhöhte Sturzgefahr?
.....
- Haben Sie in der Vergangenheit schwerwiegende Verletzungen erlitten? (z. B. Wirbelsäulenverletzungen)
.....

5. Zusatzinformationen

- Wie würden Sie Ihr aktuelles Stresslevel einschätzen? (1 = niedrig, 10 = sehr hoch)
.....
- Wie würden Sie Ihre Schlafqualität bewerten? (1 = schlecht, 10 = sehr gut)
.....
- Schlafen Sie in einer bestimmten Position? (z. B. Rücken-, Seiten-, Bauchlage)
.....

- Gibt es besondere Ziele oder Wünsche, die Sie mit der Behandlung erreichen möchten?

.....

.....

6. Einwilligungserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die Praxis für Heiltherapie umfassend über meinen Gesundheitszustand informiert habe und alle Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden. Ich bin darüber informiert, dass therapeutische Behandlungen keine ärztliche Untersuchung ersetzen.

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/Patientin: