

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte fülle den Bogen sorgfältig aus und bringe ihn zur ersten Behandlung mit bzw. sende ihn vorab (via Doctolib oder E-Mail).
Auf Basis der Informationen erhalte ich einen ersten Eindruck über deinen Gesundheitszustand. Für die chiropraktische
Behandlung in meiner Praxis ist dies sehr wichtig. Vielen Dank im Voraus!

Persönliche Angaben

Vorname:	Nachname:
PLZ & Ort:	Straße, Hausnummer:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	

Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

- Empfehlung Werbung im Studio Google Website

Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?

- stehe viel sitze viel gemischt körperliche Arbeit

Was ist der Grund des Praxisbesuches?

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

Meine Hauptbeschwerden sind: _____

Haben Sie Schmerzen?

- nein ja

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Tagen _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden sind schon einmal oder mehrmals aufgetreten

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- regelmäßig nachts bei Bewegung
 unregelmäßig tagsüber nach dem Essen
 permanent auch in Ruhe

Was ereignete sich vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- nichts Außergewöhnliches Stress ∞
 Krankheit Schock Änderung der Körpertemperatur
 Trauer Operation

Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?

- ja nein

Die Behandlung war erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

Die Behandlung erfolgte bei: _____

Waren oder sind Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in therapeutischer Behandlung?

- ja nein

Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

Unfall Wann? _____

Operation Wann? _____

Ich habe folgende Beschwerden:

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung links rechts

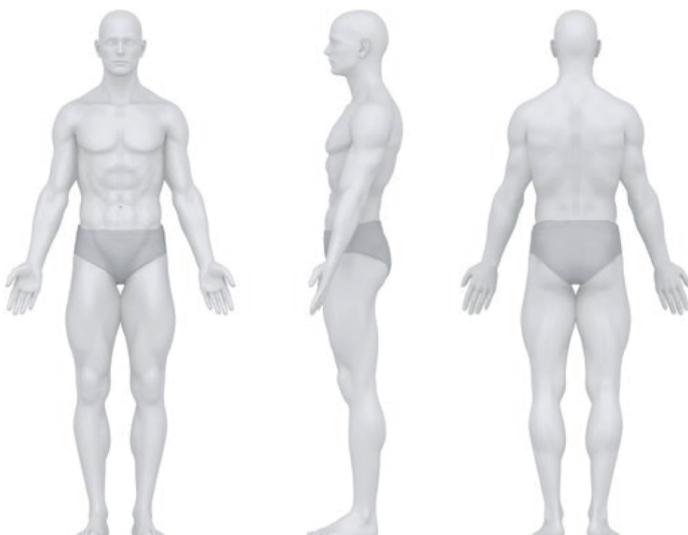
Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)

Schulter-, Arm- oder Handbeschwerden

Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden

Ich trage Einlagen links _____ mm rechts: _____ mm

Bitte markieren Sie Ihre schmerzhafteste Region:



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünner, Schlaftabletten, Entzündungshemmer, Cortison etc.

- ja nein manchmal

Wurden Sie hinsichtlich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

- Röntgen CT (Computertomographie)
 Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

Sind oder waren Sie schwanger?

- ja nein

Wenn ja, wie ist oder war der Verlauf? _____

Meine medizinische Vorgeschichte

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Polio |
| <input type="radio"/> Arthrosen | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Rheumatisches Fieber |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Rheuma/Arthritis |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall | <input type="radio"/> Knochenbrüche | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="radio"/> Bindegewebskrankheit | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Lähmungserscheinungen | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> M. Bechterew | <input type="radio"/> Schleudertrauma |
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schwindel |
| <input type="radio"/> Schuppenflechte | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Multiple Sklerose |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="radio"/> Sodbrennen |
| <input type="radio"/> Gallensteine | <input type="radio"/> Neurodermitis | <input type="radio"/> Spinalkanalstenose |
| <input type="radio"/> Gefäßerkrankung/Thrombose | <input type="radio"/> Nierenbeschwerden | <input type="radio"/> Taubheit |
| <input type="radio"/> Gelenkprothesen | <input type="radio"/> Nierensteine | <input type="radio"/> Thromboseneigung |
| <input type="radio"/> Gewichtsverlust | <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Tinnitus |
| <input type="radio"/> Gicht | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Zittern |

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Gürtelrose Masern
 Borreliose Pfeiffersches Drüsenfieber
 Sonstige: _____

Machen Sie Sport?

- täglich 3-5x/Woche
 1-2x Woche mehrmals im Monat nie

Wenn ja, welche Art von Sport?

Ich konsumiere folgende Genussmittel

- Kaffee / Tag _____ Tee/Tag _____
 Alkohol / Tag _____ Nikotin/Tag _____

Was ist für Sie am wichtigsten? Bewerten Sie von 1 (sehr wichtig) bis 6 (gar nicht wichtig):

- | | | | |
|---------------------------------|-------|---------------|-------|
| Sport / Fitness / Beweglichkeit | _____ | Familie | _____ |
| Soziale Kontakte / Freunde | _____ | Arbeit | _____ |
| Geld / Finanzen | _____ | Spiritualität | _____ |
| Interkulturelles / Kultur | _____ | | |

Bei welchen der folgenden Punkte können wir Sie noch unterstützen, bzw. wo sehen Sie aktuell den größten Handlungsbedarf?

- Änderung meiner Büroergonomie
 Verbesserung meiner Ernährungsgewohnheiten
 Hilfestellung bei Übungen für den Alltag: Rückenschule und Gleichgewicht
 beim Umgang mit Stress: Atmung, Meditation



Felix' Chiropraxis

Heilpraktiker Felix Friedrich – Kollaustraße 127-135 – 22435 Hamburg
Tel.: 0172 425 48 297 – info@felixpraxis.de – www.felixpraxis.de