

# Anamnesebogen



Damit ich Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen kann, brauche ich einige Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrem Lebensumfeld. Diese Informationen erfasse ich in diesem Anamnesebogen.

## Name

Vorname

Nachname

## Adresse

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

## Geburtsdatum

Telefonnummer (optional)

Datum

Mobil/Festnetz

E-Mail

Beruf

Hobby

Familienstand

Kinder

Ledig/Verheiratet/Geschieden/etc.

Bitte kreuzen Sie an

Sind Sie arbeitsunfähig? Ja Nein

Hatten Sie oder haben Sie schwerwiegende Erkrankungen des:

Herz-Kreislaufsystems oder der Verdauung? Ja Nein

Bewegungsapparates? Ja Nein

Gehirns (Schlaganfall, Epilepsie)? Ja Nein

Stoffwechsels (Schilddrüse, Diabetes)? Ja Nein

Haben Sie andere Erkrankungen wie Asthma, Anemie? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten Jahren eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie viel?

Besteht eine Abhängigkeit (Nikotin, Alkohol, Medikamente, andere)? Ja Nein

Leiden Sie unter:

Schlafproblemen? Ja Nein

Appetitlosigkeit? Ja Nein

Gewichtsverlust- oder zunahme? Ja Nein

Körperliche Missempfindungen? Ja Nein

Schmerzen? Ja Nein

Welche Therapien haben Sie bisher ausprobiert?

Pharmakotherapie

Physiotherapie

Psychotherapeutische Therapie

Yogatherapie

Kältetherapie