



[Anamnese-Formular]

Patient/in

Vor- u. Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Berufliche Tätigkeit: _____ Geb.-Datum: _____

Versicherung: gesetzlich: privat: welche? _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker: ja

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Worauf führen Sie diese zurück? (stichpunktartig)

| Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit: | Ja | Nein |
|--|-----------|-------------|
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne? | | |
| Leiden Sie unter Sehstörungen? | | |
| Leiden Sie unter Schwindelanfällen? | | |
| Haben Sie Ohrgeräusche (Rauschen / Pfeifen) | | |
| Ist Ihre Nacken- / Schulterpartie häufig verspannt? | | |
| Haben Sie Bewegungseinschränkungen in der Schulter? | | |
| Haben Sie Schmerzen im Ellenbogen / Unterarm / Handgelenk? | | |
| Haben Sie Taubheitsgefühle / Kribbeln in den Fingern? | | |
| Haben Sie Beklemmungen beim Atmen / Atemnot? | | |
| Haben Sie ein Stechen in der Brust? | | |
| Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Welche Region (HWS / BWS / LWS)? | | |
| Ist bei Ihnen eine Skoliose (S-Form der Wirbelsäule) bekannt? | | |



| | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Haben Sie ein Ziehen oder Stechen in den Po / die Leiste oder ins Bein? | | |
| Haben Sie Taubheitsgefühle / Kribbeln in den Beinen? | | |
| Sind bei Ihnen ungleich lange Beine bekannt? | | |
| Haben Sie Kniebeschwerden? | | |
| Haben Sie Beschwerden im Fuß / Fußgelenk / Fußzehen? | | |
| Leiden Sie unter Osteoporose (Knochenschwund / Knocheninstabilität)? | | |
| Tragen Sie Einlagen? | | |

Unfälle: Tragen Sie hier Ihre Unfälle ein (Auto, Sturz, ausgerutscht, ...)

| Jahr | Was ist geschehen? (z.B. Verkehrsunfall) | Welche Verletzungen hatten Sie? |
|------|--|---------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Operationen: Wann hatten Sie welche Operationen und aus welchem Grund?

| Jahr | Was wurde operiert? (z.B. Hüftoperation, Knieoperation,...) | Warum wurde die OP durchgeführt? (z.B. Hüftarthrose,...) |
|------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ich habe dieses Anamnese-Formular gewissenhaft ausgefüllt.

Datum: _____ Unterschrift: _____