



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: _____

Beruf: _____ Größe: _____ cm | Gewicht: _____ kg

Behandelnder Arzt: _____

Hobbys: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer:

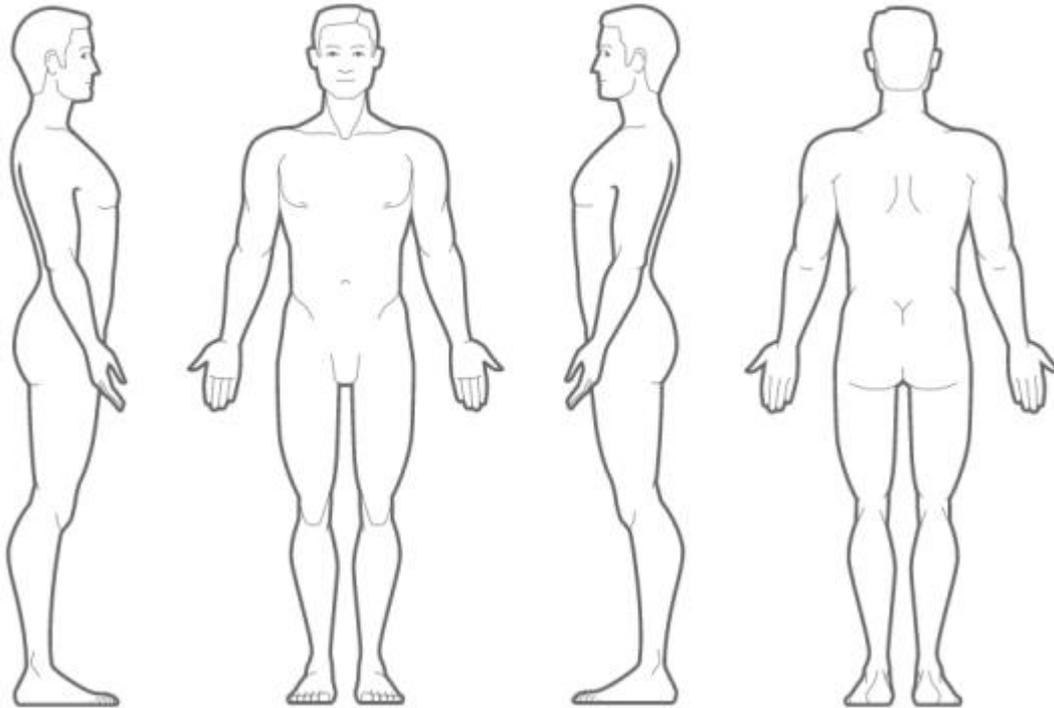
Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland? Wo, wann und wie lange?

→ Sind Ihnen seitdem Symptome an sich aufgefallen?

Schmerzgebiet:
Ausstrahlungen:
Narben:

rot
blau
grün

Bitte tragen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.
Eine Zahl von 1-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der
größtmögliche Schmerz ist.



6. Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

morgens tagsüber abends nach Belastung in Ruhe permanent

Sie verstärken sich durch:

Sie verbessern sich durch:

7. Was wurde bezüglich der Schmerzen bisher untersucht?

Facharzt: nein | ja

Röntgen/ CT / MRT: nein | ja

Ultraschall: nein | ja

Labor: nein | ja

8. Wie wurde bisher therapiert?

keine Therapie Medikamente Physiotherapie Operation

9. Medikamentenplan

Ich nehme keine Medikamente ein

Medikament / Wirkstoff	Einnahmegrund	Dosierung

Operationen (Zeitpunkt und Körperregion):

Unfälle (Zeitpunkt und Körperregion):

10. Begleitgerkrankungen:

Begleiterkrankungen:			
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Migräne	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Angina pectoris	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
Sonstiges:	_____		

11. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? (z.B. Hausstaub, Tierhaare, Asthma, Laktose-, Fruktoseintolleranz, Zölliakie, Sprühe/Glutenunverträglichkeit, Kontaktallergien, Sonstiges)

Ja Nein bisher nicht bekannt

12. Stressskala (Stand heute):

Völlig entspannt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Absolut gestresst
	<input type="checkbox"/>										

13. Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden?

Was erwarten/ erhoffen Sie sich von der Behandlung?

Gerne können der Anamnesebogen, sowie die unten genannten Dokumente vor Ihrer ersten Behandlung per Mail an info@faszien-psyche.de geschickt werden.

- Anamnesebogen
- Behandlungsvertrag / Aufklärungsbogen
- Datenschutzvereinbarung
- Falls vorhanden Befunde / Untersuchungsergebnisse zu den oben genannten Beschwerden

Vielen Dank für Ihre Bemühungen. Ich freue mich auf Sie.