

# Anamnesebogen

(Platz für Ergänzungen siehe letzte Seite)

Bitte bringen Sie diesen Bogen nebst Bildern und ärztlichen Befunden möglichst gut ausgefüllt zur Erstanamnese mit.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb am \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  ledig  geschieden  verwitwet

bei Kindern Namen der Eltern \_\_\_\_\_ Telefon Festnetz \_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertreter des Kindes \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hs-Nr \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung**  gesetzlich (GKV)  GKV + Beihilfe  GKV + Zusatz

Privat (PKV)  PKV + Beihilfe  Rechnung in doppelter Ausfertigung

Barzahlung als Angehöriger einer GKV  Rechnung als Privatzahler

Student  Azubi  Wehrdienst  Schüler  zurzeit Hartz IV  erwerbslos  Rentner

wiederkehrende Belastungen (Beruf und Freizeit) \_\_\_\_\_

wiederkehrende Belastungen (Beruf und Freizeit) \_\_\_\_\_

Wo sitzen Ihre Beschwerden:  Beinbereich rechts/links  Ellbogen rechts/links  Kopf

Halswirbelsäule  Schulter rechts/links  Schulter-, Nackenbereich  Unterarm rechts/links

Brustwirbelsäule  quer über dem Becken  Beckenbereich  Lendenwirbelsäule

Knie rechts/links  Fuß rechts/links  im Körper \_\_\_\_\_



3DSCIENCE.COM 3DSCIENCE.COM 3DSCIENCE.COM 3DSCIENCE.COM

**Anamnesebogen**

(Platz für Ergänzungen siehe letzte Seite)

Ihnen mitgeteilte Diagnosen: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Beschwerden: \_\_\_\_\_

Beschwerden akut seit: \_\_\_  Jahr(en)  Monat(en)  Wochen  Tagen

Beschwerden wiederkehrend:  nein  ja alle Tage / Wochen / Monate / Jahre

Wahrscheinliche Ursache der Beschwerden: \_\_\_\_\_

Aktuelle Nebenbeschwerden \_\_\_\_\_

Am schlimmsten geht es mir, wenn: \_\_\_\_\_

Am besten geht es mir, wenn: \_\_\_\_\_

Vorbehandlungen:  Keine (Wenn ja, bitte mit Namensangabe, Zeitraum und Therapieform)

Ärzte / Klinik: \_\_\_\_\_

Heilpraktiker: \_\_\_\_\_

Ich betreibe diesen Sport \_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme**

Name	Dosis	für / gegen	Verträglichkeit	abgesetzt

Cortison als Spritze über Tage / Wochen / Monate / Jahre bis \_\_\_\_\_

Cortison als Tablette über Tage / Wochen / Monate / Jahre bis \_\_\_\_\_

Voltaren / Diclofenac / Ibuprofen über Tage / Wochen / Monate / Jahre

als Spritze     als Tabletten    Verträglichkeit     gut     schlecht

andere Schmerzmedikamente und Einnahmedauer: \_\_\_\_\_

Wirksamkeit Medizin:     schlecht     gut     anfangs gut, jetzt schlecht     kurzzeitig

Erfolg der bisherigen Maßnahmen:     keiner     mäßig     mittel     gut     sehr gut

Homöopathische konstitutionelle Behandlung     nein     bei \_\_\_\_\_

Arztbesuch    ja     nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch    ja     nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch    ja     nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch    ja     nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch    ja     nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Röntgen oder andere Bilder:     ja     nein     von Arzt nicht für nötig befunden

habe ich dabei     kann ich besorgen     leider nicht verfügbar     geplant für \_\_\_\_\_

Absatzerhöhung     rechts \_\_\_\_\_ mm     links \_\_\_\_\_ mm     Fitnessstudio     ja     nein

Einlagen wegen \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Krankheiten bis heute chronologisch aufgeführt:

Diagnose	Zeitraum von bis

Durchgemachte Krebserkrankungen \_\_\_\_\_

Behandlungsart \_\_\_\_\_

Operationen:  Knie rechts/links  Hüfte rechts/links  Bandscheibe

LWS  BWS  HWS  Magen  Galle  Leber  Mandeln  Zähne

Künstliche Bandscheiben/Spacer in der Wirbelsäule:  nein  ja, nämlich \_\_\_\_\_

Künstliche Gelenke im Körper \_\_\_\_\_ Herzschrittmacher  ja  nein

Andere OP's und Krankenhausaufenthalte \_\_\_\_\_

Anzahl der Vollnarkosen \_\_\_\_\_  nach der \_\_\_\_\_ ging es gesundheitlich schlechter

Kieferorthopädische Schiene in der Jugend  ja  nein  Zähneknirschen  Aufbissschiene

Anzahl Amalgamplomben \_\_\_\_\_ entfernt  ja  nein  ausgeleitet  Kieferknacken

Kontakt mit giftigen Stoffen \_\_\_\_\_

Knochendichte  nicht untersucht  untersucht am \_\_\_\_\_

Wert der Knochendichteanalyse \_\_\_\_\_

Verletzungen und (An-)Brüche an Wirbeln  nein  ja bitte mit Wirbel- und Zeitangabe

Mitgemachte Brüche: \_\_\_\_\_

Anomalien an Knochen und Wirbeln? \_\_\_\_\_

Bilder dazu:  nein  ja  können besorgt werden  können nicht besorgt werden

Bekannte Risikofaktoren/Risikoerkrankungen \_\_\_\_\_

Aneurysma oder andere Blutgefäßschäden \_\_\_\_\_

Allergien und Unverträglichkeiten habe ich gegen \_\_\_\_\_

### Einige allgemeine Fragen zur Gesundheit und Ernährung

Meine psychische Verfassung ist  sehr gut  gut  mittel  schlecht  am Boden

Meine psychischer Stress ist  sehr groß  groß  normal

Schicksalsschläge und einschneidende Ereignisse \_\_\_\_\_

Meine energetische Verfassung ist  sehr gut  gut  mittel  schlecht  am Boden

Meine Freude am Leben ist  sehr gut  gut  mittel  schlecht  am Boden

Dies nehme ich mehr oder regelmäßig zu mir  Zucker  Süßes  Kuchen  Kaffee  Tee

Weißmehl  Alkohol  Marmelade  Limo/Cola  Zigaretten  Fruchtsäfte  weißer Reis

Frischgemüse/Salate esse ich  nie  wenig  täglich \_\_\_\_\_ mal

Frischobst esse ich  nie  wenig  täglich \_\_\_\_\_ mal  in Joghurt/Milch

Das esse ich nicht: \_\_\_\_\_

Das esse ich bevorzugt: \_\_\_\_\_

Nahrungsergänzungsmittel  nein  ja, nämlich \_\_\_\_\_

Entsäuerung  nein  ja, mit \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

nervöse Störungen  Schlafprobleme  Schwindel  Vergesslichkeit  Schlaf ↓

Konzentration ↓  Merkfähigkeit ↓  Depression  Stressunverträglichkeit

Kurzatmigkeit  Bluthochdruck  Schwindel  Herzrhythmusstörung  Schwindel

Panikattacken  Angina pectoris  Herzinfarkt  Blutdruck zu niedrig  Ohnmacht

Schlaganfall  Schwellung Füße  Schwellungen Beine  Wassereinlagerungen

schlechtes Namensgedächtnis  Rechts/Linksunterscheidung schlecht  Darmprobleme

- Ablagerungen in (Hals)Arterien     Blasenbeschwerden     Prostataprobleme     Tinnitus
- Kopfschmerzen     Anfälligkeit für Herpesinfektionen     Trinkmenge pro Tag \_\_\_\_\_ Liter

Bei Frauen: Stehen die Beschwerden im Zusammenhang mit den Tagen?     nein     ja

Menses  unregelmäßig     schmerzhaft     fehlt     starker Blutverlust     Klimakterium

Schwangerschaft     nein     ja, im \_\_\_\_\_ Monat    Anzahl Aborte \_\_\_\_\_

trockene Haut     Hautausschläge     Haare früh grau     Haarausfall     Warzen

Bindegewebsschwäche     Schwangerschaftsstreifen     schnell Sonnenbrand     Krampfadern

Fingernägel     brüchig     dünn     Rillen     Dellen     weiße Flecken     Nagelpilz/Fußpilz

Steifigkeitsgefühl     allg. Muskelschmerzen     Rechtshänder und Mouse rechts

Energielosigkeit     Große Erschöpfung     Immunschwäche

Weitere Ergänzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bindlach, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) - bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich Herrn Schürr von der Schweigepflicht, falls der kollegiale Austausch mit Heilpraktikern oder anderen Therapeuten für eine optimale Therapiegestaltung nötig sein sollte.

\_\_\_\_\_  
Bindlach, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) - bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter