

Anamnesebogen

Name:	Vorname:		
Strasse:	PLZ/Wohnort:		
Telefon:	Mobiltelefon:		
Beruf:	E-mail:		
Geburtsdatum:	Größe und Gewicht:		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Beziehung <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Kinder: (Geschlecht und Alter)	Schwanger	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat bei:	Heilpraktiker-Zusatzversicherung? bei:		
Wie haben Sie mich gefunden? <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Google Maps <input type="checkbox"/> sonstiges:	Falls ja, Woche:		

<p>Erfahrung mit Entspannung und Körpertherapie?</p> <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Progressive Muskelentspannung <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Meditation <input type="checkbox"/> Massage <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<p>Stresslevel aktuell? 0= entspannt; 10= extrem gestresst</p> <p> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>seit wann?</p> <p>Welchen Grund könnte es hierfür geben?</p>
---	---

Hauptbeschwerden weswegen Sie hier sind und seit wann bestehen diese?	Intensität/ Schmerz 10= max.	Wichtigkeit für Sie 10= max.

Was war vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Hauptbeschwerden?

- eine Erkrankung Trauer/Kummer Schreck Operation(en) Hautausschlag
 Unfall anderes:

Welche Medikamente, Nahrungsmittelergänzung etc. nehmen Sie regelmäßig wofür ein?

Wie oft? z.B. 3x tägl.	Dosierung? z.B. 200 mg	Seit wann?

Welche Operationen, Krankenhausaufenthalte, Stürze, Unfälle hatten Sie bisher? Wann/Dauer?

Gibt es Fremdmaterial in Ihrem Körper? (Schrauben, Herzschrittmacher, Stents, Gelenkprothesen...)

--

Aktuell in Behandlung bei Physio-/Psychotherapie/Arzt/HP wegen:

seit

Aktuell Infektion oder Erkältung?

- Nein Ja, seit wann?: 1-3x häufiger

äußert sich mit folgenden Symptomen:

Krankheiten in Ihrer Familie

Erkrankung	Mutter	Vater	Großeltern	Weitere	zusätzliche Informationen
Bluthochdruck					
Niedriger Blutdruck					
Herzerkrankungen					
Lungenerkrankungen					
Gefäßerkrankungen					
Schlaganfall					
Migräne					
Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus)					
Gallensteine					
Krebs (welcher?)					
Diabetes I					
Diabetes II (Alters-Diabetes)					
Allergien					
Schuppenflechte					
Neurodermitis					
Alkoholismus					
Depressionen					
Andere psychische Erkrankungen (welche?)					
Sonstiges					

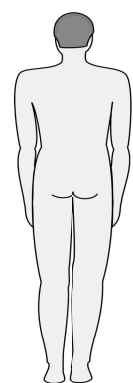
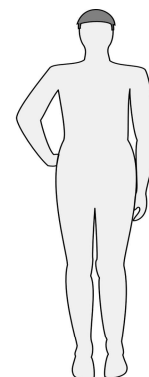
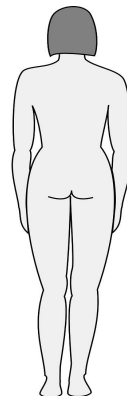
Wurden bei Ihnen viele Krankheiten mit Antibiotika behandelt?

- nein ja – Wie oft in welchem Zeitraum?

Wurden bei Ihnen bisher chronische Krankheiten diagnostiziert? Welche?

Gibt es Narben am Körper? Wenn ja wo?

- Taubheit
 druckempfindlich
 sonstige Beschwerden:



Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- häufig selten nie morgens abends
 zyklisch in Abständen von _____ halbseitig (mehr) links (mehr) rechts
 Stirn-Augen-Schlafenregion beidseitig Seiten im Wechsel
 Hinterkopfreion

mögliche(r) Auslöser:

Ernährung / Unverträglichkeiten

Ernährung: nichts besonderes vegetarisch, seit _____ vegan, seit _____
 sonstiges: _____

Trinkmenge pro Tag: ca. _____ Liter davon

Wasser _____ Kaffee _____ Tee _____ Saft _____ Milch _____
 anderes _____

Unverträglichkeit: Laktose Gluten Weizen Fructose Histamin
 sonstiges: _____

Wären Sie bereit wenn nötig und gemeinsam erörtert ein Ernährungstagebuch zu führen und Ihre **Ernährungsgewohnheiten** zugunsten Ihrer Gesundheit zu **ändern**?

nein ja

Lebensstil

Rauchen Sie? nein ja, täglich ca. _____ Stück

Trinken Sie **Alkohol**? nein ja, täglich/wöchentlich ca. _____ Glas
Was genau: Wein, Bier, Schnaps, Mischgetränke

Treiben Sie **Sport**? nein ja, täglich/wöchentlich ca. _____ Std
Was genau: Krafttraining, Ausdauer, Sportart: _____

Wie **arbeiten** Sie? nicht berufstätig _____ Std/Woche Arbeitszeiten: _____
(Mehrfachauswahl möglich!) angestellt selbständig Hausfrau/Mutter _____
 Schichtarbeit, seit _____

Wie ist Ihr **Schlaf**? keine Probleme
 Unruhe in den Beinen heiße Füße Zähneknirschen Nachtschweiß lebhaft Träume
 Einschlafschwierigkeiten, seit _____ Durchschlafschwierigkeiten, seit _____
 Erwachen in der Nacht: _____ Uhr für _____ Min/Std

nächtliches Wasserlassen, wie oft? _____
 Schwierigkeiten morgens richtig wach zu werden, um _____ Uhr
 Morgens fühle ich mich müde/nicht erholt

0= keine Müdigkeit; 10= extrem müde

|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

seit wann? _____

möglicher Grund?: _____

Die Müdigkeit hält ungefähr gleichbleibend tagsüber an
 Tagsüber werde ich gegen _____ Uhr besonders müde

Wie ist Ihr **Schlafplatz** eingerichtet?

Radiowecker eingebauter elektrischer Motor Wasserbett
 schnurlose Telefone / WLAN elektrische Geräte im Standby-Modus (Fernseher...?)

Weiteres zu Ihrer Wohnung/Wohnlage:

- Funkmasten in der Nähe Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe Mikrowelle
 Induktionsherd Schimmelpilzbelastung Antiquitäten/Holzschutzmittel
 Teppichböden PVC

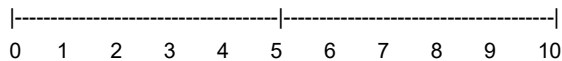
Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?

- konventionellen Reiniger biologischen Reiniger

Emotionales

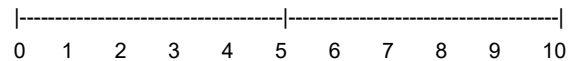
Ich kenne Existenzängste

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



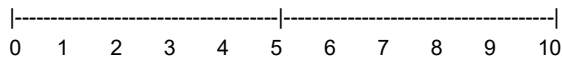
Ich empfinde meine Arbeit als belastend

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



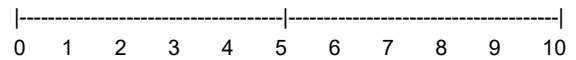
Ich habe das Gefühl, gebraucht zu werden

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



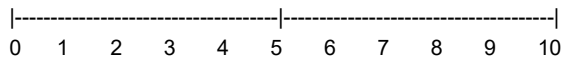
Ich fühle mich dem Leben gewachsen

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



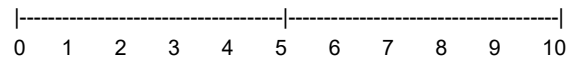
Ich kann meine Ziele erreichen

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



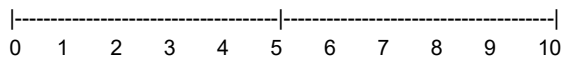
Ich kann NEIN sagen

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



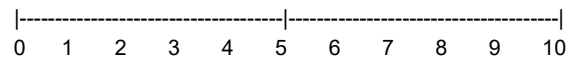
Ich führe regelmäßige Freizeitaktivitäten durch

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



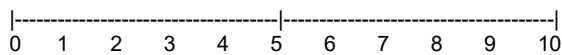
Ich habe Freunde/Vertraute

0= trifft gar nicht zu; 10= trifft vollkommen zu



Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich im Moment?

0= überhaupt nicht ; 10= 100%



Waren Sie bereits in Psychotherapie?

- nein ja, wann? _____ für wie lange? _____

Was erwarten Sie von meiner Behandlung bzw. was gibt es noch zu sagen?

Ich versichere meine Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keine wichtigen, einer Genesung eventuell hinderlichen Informationen verschwiegen zu haben.

Unterschrift

Datum