Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient

Um Sie ganzheitlich behandeln zu können und unser gemeinsames Anamnesegespräch bestmöglichst vorzubereiten, benötigen wir grundlegende Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie in Ruhe die folgenden Fragen und senden Sie uns noch vor der Konsultation das Dokument an die oben angegebene E-Mail-Adresse zurück.

Herzlichen Dank  
Ihr Therapeuten Team

**Klienteninformationen** Heutiges Datum

Name       Geschlecht  M  W

Vorname       Geburtsdatum

Beruf

Strasse

PLZ       Ort

Tel. P       Tel. G       Mobiltelefon

E-Mail

Krankenkasse       Zusatzversicherung(en)

Hausarzt (Name & Adresse)

Grösse       cm Gewicht       kg

Familienstand

Anzahl Kinder       Jahrgang

Notfallkontakt (Name & Telefonnummer)

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

*(Eine neue Zeile innerhalb der Textbox können Sie mit Shift+Enter erzeugen)*

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es einen Auslöser (Trauma, Unfall, Schicksalsschlag, uvm.)

Waren Sie diesbezüglich schon in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

Wenn Ja, wurde ein Bildgebendes Verfahren angewendet? (Ultraschall, Röntgen, MRI, CT)

Und was war das Ergebnis der Bahandlung?

Wie würden Sie die Art des Schmerzes beschreiben?

Wie intensiv ist der Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10?

Hatten Sie kürzlich oder in den letzten 12 Monate einen Unfall oder eine Operation?

Wie schränken diese Beschwerden Sie im Alltag ein? (Beruf, Familie, Partnerschaft)

Was haben Sie bis jetzt gegen diese Beschwerden unternommen?

Was hilft gegen die Beschwerden?

Entlastungsstellung? Ruhe? Medikament (Welches), Tageszeit, Bewegung, Klima, Vor oder nach dem Essen?

Was erhoffen Sie sich von mir als Ihr Therapeut?

Nachfolgend werden die verschiedenen Körperregionen abgefragt.

Bitte beantworten Sie wie folgt:

------------------------  ------------------------  ------------------------

**1 2 3 4**

Nein / Nie leicht / gelegentlich stärker / häufig ausgeprägt / ständig

Sehr oft

**Kopf 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Kopfschmerzen

Wenn Ja, wo:

**Ohr**

Schwerhörigkeit

Ohrgeräusche

Drehschwindel

Gleichgewichtsstörungen

Weitere:

**Augen**

Kurzsichtigkeit

Weitsichtigkeit

Sehstörungen

Wenn Ja, wo:

**Kiefer / Zähne**

Zahnpressen

Knirschen

Weitere:

Zahnoperationen? (welche, wann?)

Zahnfüllungen? (Material)

Zahnersatz? (wo, seit wann?)

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen in der Kopfregion?

Welche / Wann?

**Halswirbelsäule 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Schmerzen

Einschränkungen

Wenn Ja, Was geht / Was geht nicht?

Schmerzen im Arm / in den Armen

Kribbeln im Arm / in den Armen

Taubheit im Arm / in den Armen

Probleme beim Schlucken

Weitere Beschwerden

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Halswirbelsäule, Schilddrüse, dem Kehlkopf oder Rachen? Welche, Wann?

**Brustwirbelsäule, Brustkorb,**

**Herz, Lunge 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Schmerzen zwischen den Schulterblättern

Probleme / Schmerzen beim Atmen

Luftnot in Ruhe, nachts

Luftnot bei Anstrengung

Engegefühl in der Brust

Bluthochdruck

Herzprobleme

Asthma / Allergie

Welche Art:

Husten

Auswurf

Farbe, Konsistenz:

Heiserkeit

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Brustwirbelsäule, dem Thorax, der Lunge, dem Herzen? Welche, Wann?

**Lendenwirbelsäule 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Rückenschmerzen

Wie, Wo, Wann:

Ausstrahlung ins Gesäss / Beine

Wie, Wo, Wann:

Sensibilitätsstörungen

Wie, Wo, Wann:

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Lendenwirbelsäule? Welche, Wann?

**Extremitäten / Allgemein 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Muskelverspannungen

Krämpfe

Schulterprobleme

Ellbogenprobleme

Handprobleme

Hüftprobleme

Knieprobleme

Fussprobleme

Allgemeine Steifigkeit

Allgemeine Gelenkschmerzen

Krampfadern

Kalte Körperstellen

Angeschwollene Beine, Füsse

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Extremitäten? Welche, Wann?

**Bauch 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Bauchkrämpfe

Blähneigung

Druckgefühl im Oberbauch

Stuhl weich, ungeformt

Stuhl hart

Schwarzer Stuhl

Durchfall

Völlegefühl / Übelkeit

Aufstossen / Sodbrennen

Organsenkung (z.B. Nieren)

Hämorrhoiden

Verstopfung

Wie haben Sie Stuhlgang (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe)

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich des

Bauchraumes (u.a. Blinddarm) ? Welche, Wann?

**Unterleib**

**Blase / Prostata 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Blasensenkung

Blasenentzündung

Harninkontinenz

Häufiger Harndrang

Wenig dunkler Urin

Harnträufeln

Prostatavergrösserung

Litten/Leiden Sie an einer Geschlechtskrankheit?

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich des Unterleibes, z.B. der Blase, Prostata, Leiste? Welche, Wann?

**Frauenheilkunde / Gynäkologie**

**(Nur für Frauen) 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Zystenbildung

Gebärmuttersenkung

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Besteht eine Schwangerschaft?      .Woche

Brustimplantate

Beginn Menopause

Menopausale Beschwerden

Abweichungen im Menstruationszyklus

(Alle Zutreffenden ankreuzen) Stark schwach unregelmässig Schmerzen

Einnahme von Hormonpräparaten / Antikonzeptiva

Schwangerschaften, Entbindungen, Schwangerschaftsabbrüche

Komplikationen, Dammschnitt /-Riss

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich des weiblichen Unterleibes, z.B. Gebärmutter? Welche, Wann?

**Grund- bzw. Vorerkrankungen**

Psychische Erkrankungen

Schilddrüsenunter /-Überfunktion

Bluthochdruck

Herzkrankheiten

Schlaganfall

Lungenerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen

Zuckerkrankheit

Cholesterin zu hoch

Nierenerkrankungen

Gicht

Hauterkrankungen / -Ausschläge

Osteoporose

Knochendichte gemessen?

Bösartige Erkrankungen

Rheuma

Infektionskrankheiten

(Borreliose, Tonsilitis, Pfeifersches Drüsenfieber, etc.)

Körperliche Behinderung

Ansteckende Krankheit

Spital- Kuraufenthalt

(in den letzten 5 Jahren)

Weitere:

**Lebenssituation / Lebensführung /**

**Allgemeinbefinden 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Alkohol

Häufigkeit und Menge

Drogenkonsum

Wenn Ja, Welche Art von Drogen

Rauchen

Für Ex-Raucher: Wann hörten Sie damit auf?

Kaffee

Koffeinhaltige Getränke

Durst vermindert / vermehrt

Appetit vermindert

Sport

Wie intensiv betreiben Sie Sport?

Allgemeine Abgeschlagenheit

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Wenn Ja, Wann erwachen Sie?       Uhr

Nächtliche Schweissausbrüche

Ungewollte Gewichts- Zu- /-Abnahme

Nahrungsunverträglichkeiten

Sonstige Allergien

Regelmässige Medikamenteneinnahme

Haben Sie über einen längeren Zeitraum starke Medikamente eingenommen und warum?

z.B. Cortison? Antidepressiva? Etc.

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Notizen Therapeut: