

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 bringen Sie das Dokument zu Ihrer Konsultation in unserer Praxis mit.  
Oder machen Sie einen Scan und mailen es uns 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?

---

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

---

Waren Sie diesbezüglich schon in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

Ja/Nein \_\_\_\_\_

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

Und was war das Ergebnis der Behandlung?

---

Wie würden Sie die Art des Schmerzes beschreiben? Bohrender, Scharfer, Ausstrahlender,

Dumpfer, Brennender Schmerz, oder anders beschreibbar? \_\_\_\_\_

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

(1 keine Schmerzen, 10 sehr starke und kaum aushaltbare Schmerzen)

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

Ja/Nein \_\_\_\_\_

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ja, wo: \_\_\_\_\_

## Kiefer / Zähne

Zahnpressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere: \_\_\_\_\_

Zahnoperationen? (welche, wann?) Ja/Nein \_\_\_\_\_

Zahnfüllungen? (Material) Ja/Nein \_\_\_\_\_

Zahnersatz? (wo, seit wann?) Ja/Nein \_\_\_\_\_

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

Ja/Nein \_\_\_\_\_

## Halswirbelsäule

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

Ja/Nein \_\_\_\_\_

## Brustwirbelsäule, Brustkorb, Herz, Lunge

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Schmerzen zwischen den Schulterblättern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme / Schmerzen beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in Ruhe, nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Art:	_____			
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbe, Konsistenz:	_____			
Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere:	_____			
Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der Brustwirbelsäule, dem Thorax, der Lunge, dem Herzen? Welche, Wann?				
Ja/Nein	_____			

## Lendenwirbelsäule

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie, Wo, Wann:	_____			
Ausstrahlung ins Gesäss / Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie, Wo, Wann:	_____			
Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie, Wo, Wann:	_____			
Weitere:	_____			
Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der Lendenwirbelsäule? Welche, Wann?				
Ja/Nein	_____			

## Extremitäten / Allgemein

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulterprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellbogenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fussprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Steifigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalte Körperstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeschwollene Beine, Füsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere: \_\_\_\_\_

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der Extremitäten? Welche, Wann?

Ja/Nein \_\_\_\_\_

## Bauch

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckgefühl im Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl weich, ungeformt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl hart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwarzer Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl / Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstossen / Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organsenkung (z.B. Nieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie haben Sie Stuhlgang (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe) \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich des Bauchraumes (u.a. Blinddarm) ? Welche, Wann? Ja/Nein \_\_\_\_\_

## Unterleib

### Blase / Prostata

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Blasensenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig dunkler Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnträufeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatavergrösserung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litten/Leiden Sie an einer Geschlechtskrankheit? Ja/Nein \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

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

Ja/Nein \_\_\_\_\_

## Frauenheilkunde / Gynäkologie

### (Nur für Frauen)

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Zystenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärmuttersenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	Ja/Nein	_____	.Woche	
Brustimplantate	Ja/Nein	_____		

Beginn Menopause \_\_\_\_\_

Menopausale Beschwerden

Abweichungen im Menstruationszyklus      
(Alle Zutreffenden ankreuzen) Stark schwach unregelmässig Schmerzen

Einnahme von Hormonpräparaten / Antikonzeptiva

Ja/Nein \_\_\_\_\_

Schwangerschaften, Entbindungen, Schwangerschaftsabbrüche

Ja/Nein \_\_\_\_\_

Komplikationen, Dammschnitt /-Riss Ja/Nein \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

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

Ja/Nein \_\_\_\_\_

## Grund- bzw. Vorerkrankungen

Psychische Erkrankungen Ja/Nein \_\_\_\_\_

Schilddrüsenunter /-Überfunktion Ja/Nein \_\_\_\_\_

Bluthochdruck Ja/Nein \_\_\_\_\_

Herzkrankheiten Ja/Nein \_\_\_\_\_

Schlaganfall Ja/Nein \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen Ja/Nein \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankungen Ja/Nein \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit Ja/Nein \_\_\_\_\_

Cholesterin zu hoch Ja/Nein \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen Ja/Nein \_\_\_\_\_

Gicht Ja/Nein \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen / -Ausschläge Ja/Nein \_\_\_\_\_

Osteoporose Ja/Nein \_\_\_\_\_

Knochendichte gemessen? Ja/Nein \_\_\_\_\_

Bösartige Erkrankungen Ja/Nein \_\_\_\_\_

Rheuma Ja/Nein \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten Ja/Nein \_\_\_\_\_  
(Borreliose, Tonsillitis, Pfeifersches Drüsenfieber, etc.)

Körperliche Behinderung Ja/Nein \_\_\_\_\_

Ansteckende Krankheit Ja/Nein \_\_\_\_\_

Spital- Kuraufenthalt Ja/Nein \_\_\_\_\_  
(in den letzten 5 Jahren)

Weitere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Lebenssituation / Lebensführung / Allgemeinbefinden

	1 -----	2 -----	3 -----	4
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufigkeit und Menge	_____			
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, Welche Art von Drogen	_____			
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Ex-Raucher: Wann hörten Sie damit auf?	_____			
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffeinhaltige Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durst vermindert / vermehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetit vermindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie intensiv betreiben Sie Sport? Leicht, moderat, intensiv, sehr intensiv, oft am Limit				
Allgemeine Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, Wann erwachen Sie?	_____ Uhr			
Nächtliche Schweissausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollte Gewichts- Zu- /-Abnahme	Ja/Nein	_____		
Nahrungsunverträglichkeiten	Ja/Nein	_____		
Sonstige Allergien	Ja/Nein	_____		
Regelmässige Medikamenteneinnahme	Ja/Nein	_____		

Haben Sie über einen längeren Zeitraum starke Medikamente eingenommen und warum?  
 z.B. Cortison? Antidepressiva? Etc.

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

---



---



---



---



