

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"/>
Täglicher Konsum ungesüsster Getränke?	_____	Liter		
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?
