

ANAMNESEBOGEN

Name:

Adresse:

Geburtsdatum und VS-Nummer:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

Notfall-Kontakt:

Beruf:

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Ich möchte mit folgenden Namen angesprochen werden:

(Bitte zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen)

Ich bin derzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung

- wenn ja, welche:

Ich nehme folgende **MEDIKAMENTE**

- regelmäßig:

- bei Bedarf:

Ich leide unter folgenden **ALLERGIEN**:

- Notfall-Set
- Asthma-Spray
(sind immer zu Behandlung mitzuführen)

Bei mir sind folgende Erkrankungen/Probleme bekannt:

ATMUNG

- Asthma bronchiale: ◦ Asthma-Spray
- COPD - Stadium:
- andere:

BAUCHRAUM

- Gallensteine
- Niereninsuffizienz (Nierenschwäche)
- Gastritis
- Ulcus (Geschwür)
- Hämorrhoiden
- Reizdarm
- Nierensteine
- Reflux (Sodbrennen)
- Pankreatitis
- Obstipation (Verstopfung)
- Diarrhoe (Durchfall)
- andere:

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- erhöhte Blutfettwerte
- Insulinresistenz
- Diabetes mellitus Typ I, II, III (Zuckerkrankheit)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Osteoporose (reduzierte Knochendichte)
 letzte Knochendichtemessung am:
- andere:

HERZ-KREISLAUF-SYSTEM

- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Angina pectoris (Brustenge)
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- Herzklappenprobleme (Stenose | Insuffizienz | künstliche Klappe)
- andere:
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Z. n. Herzinfarkt

HAUTPROBLEME

- frische Verletzungen | Verbrennungen
- Muttermale | Muttermalentfernungen
- Narben, wo und seit wann:
 - wetterempfindlich, ◦ Jucken, ◦ Schmerzen
- Neurodermitis
- andere:

GEFÄßERKRANKUNGEN

- Varizen (Krampfadern)
- CVI (=chronisch Veneninsuffizienz)
- Z. n. Thrombose, wo und wann:
- Lymphgefäßprobleme
- PAVK (=periphere arterielle Verschlusskrankheit, „Schaufensterkrankheit“)
- Arteriosklerose (Arterienverkalkung)
- bekanntes Aneurysma
- andere:

NEUROLOGISCHE, PSYCHISCHE/PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Epilepsie
- Multiple Sklerose
- Depressionen
- Borderline
- andere:
- Morbus Parkinson
- (Poly)neuropathie
- Bipolare Erkrankung

ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES

- Arthrose
- Z. n. Luxation (Auskugelung)
- Bandscheibenproblematiken
- Gleitwirbel
- andere
- Arthritis
- Bandverletzungen
- Rückenmarksverletzungen
- Wirbelkörperbrüche

KREBSERKRANKUNGEN

- wenn ja, welcher Tumor:
 - Operation
 - Chemo
 - Bestrahlung

AKTIVE INFEKTIONSKRANKHEITEN

- Herpes
- Hepatitis B oder C
- andere:
- Fieber
- HIV

FREMDKÖRPER IM/AM KÖRPER

- Prothesen / künstliche Gelenke
- Implantate
- Defibrillator
- Schmerzpumpe
- Sensorpatches (z.B.: Blutzucker)
- Metall: Schrauben | Nägel | Verplattungen
- andere:
- Transplantate
- Herzschrittmacher
- Stent | Shunt | Bypass
- Insulinpumpe
- Spirale | Goldkettchen

NEIGUNG ZU

- Kopfschmerzen
- blaue Flecken
- erhöhte Schmerzempfindlichkeit
- Kreislaufprobleme
- andere:
- Migräne
- Schwindel
- Übelkeit

FRAUEN

- Schwangerschaft: ◦ ja, ◦ nein, ◦ nicht sicher
- Periode, wenn ja regelmäßig?:
- Hormonelle Dysbalancen
- Kinder
- PCOS
- andere:
- hormonelle Verhütung
- Sectio (Kaiserschnitt)
- Endometriose

WEITERE FRAGEN

- Impfungen (in den letzten 3 Tagen)
- Rauchen / Vapen
- Alkohol: ◦ täglich, ◦ 2-3mal pro Woche, ◦ zu Anlässe, ◦ nie
- Operationen: wenn ja, welche OP und wann:
- Knochenbrüche: wenn ja, wann und wo:
- Schlafqualität: ◦ regelmäßig, ◦ erholsam, ◦ unregelmäßig (z.B.: dienstbedingt),
 - Einschlafprobleme, ◦ Durchschlafprobleme, ◦ Nachtschweiß
- Autoimmunerkrankungen:
- Stressempfinden von 1-10 (1 - wenig Stress, 10 - nichts geht mehr):
- Zähne derzeit in Behandlung
- Bewegung / Sport / Training pro Woche in Stunden und was wird gemacht:
- In meinem Beruf / die meiste Zeit des Tages befinde ich mich in folgender Position:

- Frühere Therapien:

Bitte beachten Sie, dass Termine bis zu 24 Stunden im Vorhinein kostenfrei storniert werden können. Da es zu keinen Doppelbuchungen kommt und der Termin ausschließlich für Sie reserviert ist, wird bei Nichterscheinen die Therapie in Rechnung gestellt.

Bei Allergien wird darum gebeten, ein eigenes Massage-Öl mitzubringen.

Ich bestätige, dass alle Angaben korrekt sind und ich nichts wesentlich verschwiegen habe, was für die Therapie relevant ist. Ich bestätige, dass ich derzeit fieberfrei und frei von akuten Erkrankungen/Infektionen bin.

Ich bestätige hiermit, dass meine Daten auf der Dokumentations- und Terminbuchungsplattform *appointmed* gespeichert werden dürfen.

- Kontaktaufnahme: per Telefon oder E-Mail (Terminorganisation, Terminerinnerung)

Ort, Datum

Unterschrift