

ANAMNESEBOGEN

Name:

Adresse:

VS-Nummer und Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

Notfall-Kontakt:

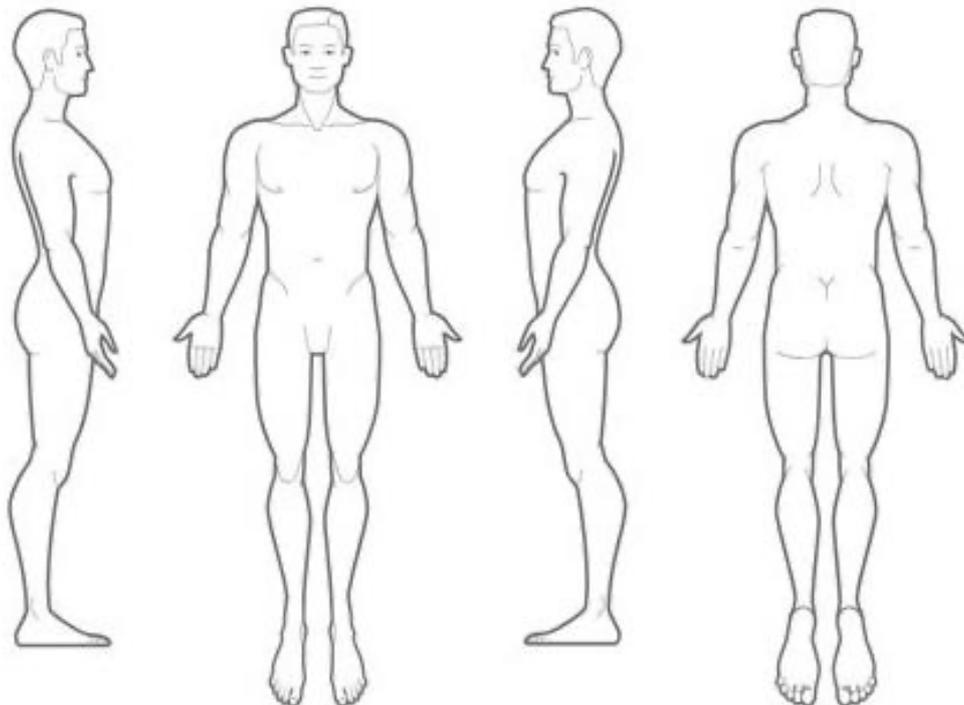
Beruf:

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Ich möchte mit folgenden Namen angesprochen werden:

(Bitte zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen)

Bitte zeichnen Sie ein, wo Sie **SCHMERZEN/BESCHWERDEN/NARBEN** haben:



Es treten folgende Beschwerden mit den Schmerzen auf:

- Kribbeln ◦ Stechen ◦ Taubheitsgefühl ◦ Juckreiz

Ich nehme folgende **MEDIKAMENTE**:

Ich leide unter folgenden **ALLERGIEN**:

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

Bei mir sind folgende **ERKRANKUNGEN/PROBLEME** bekannt:

- Asthma bronchiale: ◦ Asthma-Spray
- Verdauungsprobleme, wenn ja welche:
- erhöhte Blutfettwerte
- Schilddrüsenerkrankung
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- Varizen (Krampfadern)
- CVI (= chronisch venöse Herzinsuffizienz)
- Arteriosklerose (Arterienverkalkung)
- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Krebserkrankung
- Autoimmunerkrankungen, wenn ja welche:
- Aktive Infektionskrankheit, wenn ja welche:
- Fremdkörper (z.B.: Prothesen, Herzschrittmacher, etc.), wenn ja welche und wo:
- andere:
- COPD - Stadium:
- Diabetes mellitus Typ I, II, III
- Osteoporose
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- (Z.n.) Thrombose, wo und wann:
- Epilepsie

ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES

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

NEIGUNG ZU

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

FRAUEN

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

WEITERE FRAGEN

- Impfungen (in den letzten 3 Tagen)
- Operationen: wenn ja, welche OP und wann:

- Knochenbrüche: wenn ja, wann und wo:

 - Schlafqualität: ◦ regelmäßig, ◦ erholsam, ◦ unregelmäßig (z.B.: dienstbedingt),
◦ Einschlafprobleme, ◦ Durchschlafprobleme, ◦ Nachtschweiß, ◦ Schlafapnoe

 - Stressempfinden (1 - wenig Stress, 10 - nichts geht mehr):
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

 - 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, Zusendung der Zahlungsbelege bzw. Honorarnoten per E-Mail)

Ort, Datum

Unterschrift