

M A I K B E C K M E I E R

Praxis für ganzheitliche Therapie



amerik.Chiropraktik

Osteopathie

ECHTERNSTR. 126

3 2 6 5 7 L E M G O

info@maiks-physio.de

Liebe Patientin, Lieber Patient,

vor Ihrem ersten Termin bitten wir Sie diesen Anamnesebogen in Ruhe auszufüllen. Dies ermöglicht uns Ihre Behandlungszeit effektiver zu nutzen und Ihnen die nötige Zeit zum Eintragen Ihrer Daten zu geben.

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß aus. Beim ersten Termin werden wir diesen dann noch einmal gemeinsam durchgehen.

Ihre Personalien:

Nachname Vorname

Geburtsdatum

Ihre Adresse:

Straße/Nr.

PLZ Wohnort

Telefon 1

Telefon 2

E-Mail

Ihre Krankenversicherung:

- gesetzlich versichert (Selbstzahler) privat versichert
- Beihilfe Postbeamtenkrankenkasse
- 🐾 Zusatzversicherung für Heilpraktiker

Welche Befunde/Arztberichte sind vorhanden?

Röntgenbilder vorhanden

CT-Bilder vorhanden

MRT-Bilder vorhanden

Laborwerte vorhanden

sonstige Befunde/Berichte

Der Grund Ihres Besuches

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

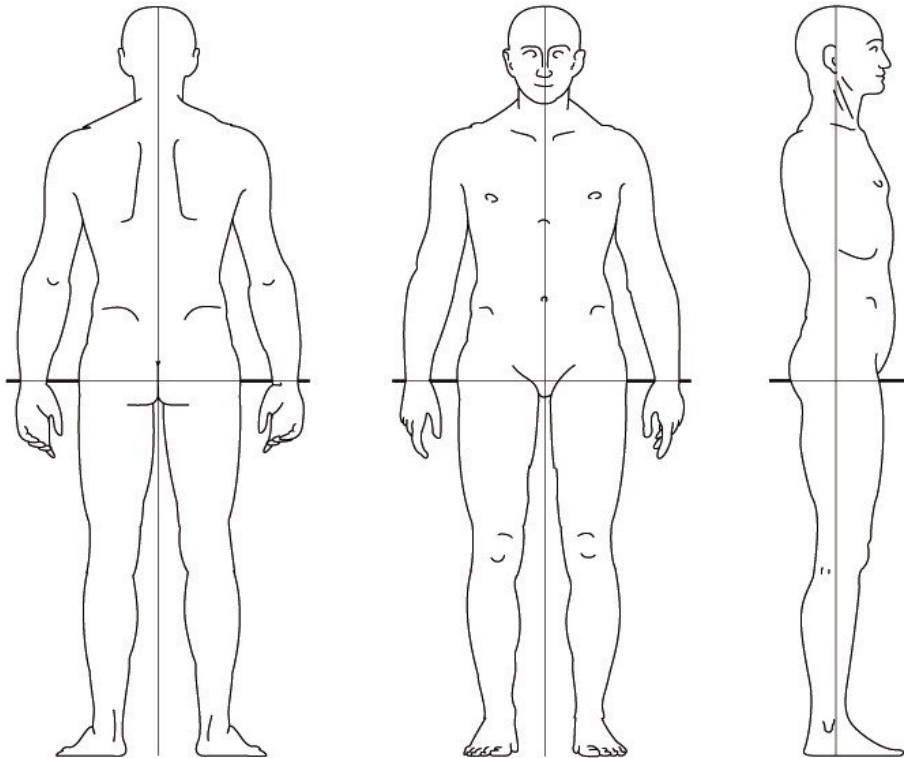
- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier
- Ich habe Beschwerden

Was sind Ihre momentanen Beschwerden?

.....

.....

Bitte markieren Sie Ihre Zone/n!



Wie würden Sie die Intensität Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 1-10 bewerten?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

- seit Tagen seit Wochen seit einigen Monaten
 seit einem Jahr seit Jahren

Wie oft treten die Beschwerden auf?

- zum ersten Mal regelmäßig sonstiges

War der Beginn

- plötzlich allmählich

Wie äußern sich Ihre Beschwerden?

- Taubheit Kribbeln Schwellung Kältegefühl
 Ziehen Druckempfindlichkeit Brennen Pulsieren
 Rötung Stechen Ameisenlaufen Bewegungsempfindlichkeit
 sonstiges

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- regelmäßig unregelmäßig zeitweise permanent
 tagsüber nachts nach dem Essen bei Bewegung
 bei Belastung auch im Ruhezustand sonstiges

Was ereignete sich vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- nichts außergewöhnliches eine Erkrankung Unfall/Verletzung
 Stress Trauer/Kummer Schock
 Operationen andere Symptome

Was denken/vermuten Sie, warum Sie diese Beschwerden haben?

- Ich weiß es nicht
- Ich vermute weil

.....

.....

Was erhoffen Sie sich von der Behandlung (Behandlungsziel)?

- Linderung
- Heilung
- bessere Gesundheit
- sonstiges

Ihr allgemeines Krankenexam

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt auftretende Erkrankungen?

nur Eltern & Geschwister

- nein
- ja

Welche?

Hatten Sie Unfälle?

z.B. Sport-, Auto-, Fahrradunfall

- nein
- ja und zwar

.....

Hatten Sie Operationen/wurden Sie operiert?

- nein
- ja und zwar

.....

Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen?

- nein
- Einlegesohlen
- Schuherhöhungen
- sonstiges

Haben Sie Beschwerden oder Erkrankungen des/der ...

Bewegungsapparats

z.B. Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenvorfall

.....

Herz & Kreislaufsystems

z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen

.....

Milz & Lymphsystems

z.B. Ödeme, Lymphknotenschwellungen, Milzriss

.....

Blut

z.B. Eisenmangel, Thromboseneigung

.....

Kiefers/Zähne

z.B. Zähneknirschen, Kieferknacken, Zahnbrücke

.....

Atemwege

z.B. Nebenhöhlenentzündungen, Atemnot, Asthma, COPD, Bronchitis

.....

Magens & Darms (Verdauungstraktes)

z.B. Sodbrennen, Magenschleimhautentzündung, Durchfälle, Verstopfung, Morbus Crohn

.....

Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse

z.B. Gallensteine, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung

.....

Stoffwechsels

z.B. Diabetis, Gicht, Histaminintoleranz

.....

Nieren und harnableitenden Organe

z.B. häufige Blasenentzündungen, Nierensteine

.....

Geschlechtsorgane

z.B. Menstruationsbeschwerden, Zysten, Geschlechtskrankheiten

.....

Haut und Hautanhangsgebilde

z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte

.....

Hormonsystems

z.B. Schilddrüsenprobleme, Parkinson

.....

Immunsystems & Infektionskrankheiten

z.B. Allergien, Immunschwäche, häufige Infekte, Tuberkulose, Hepatitis

.....

Nervensystems

z.B. Taubheit, Gefühlsstörungen (Kribbeln/Ameisenlaufen) Schlaganfall, Multiple Sklerose, Zittern

.....

Sinnesorgane

z.B. Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Augenbeschwerden

.....

Psyche/Psychosomatisch

z.B. Angstzustände, Depression, Borderline

.....

sonstiges

.....

Ihr allgemeines Wohlbefinden

Bei der nachfolgenden Einschätzung bedeutet 1 wenig oder gering und 10 hoch oder viel.

Auf einer Skala von 1-10 wie hoch bewerten Sie Ihren Stresslevel?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auf einer Skala von 1-10 wie hoch schätzen Sie Ihren toxischen Stress?

(Umweltgifte, Fastfood, Alkoholkonsum, Rauchen usw.)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auf einer Skala von 1-10 wie leistungsfähig fühlen Sie sich derzeit?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Haben Sie Schlaf- oder Durchschlafstörungen?

nein ja

Sind Sie wetterfühlig?

nein ja

Haben Sie häufig kalte Hände & Füße?

nein ja

Frieren Sie häufig?

nein ja

Haben Sie häufig Hitzewallungen?

nein ja

Sind Sie häufig müde?

nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, und zwar

.....

Rauchen Sie?

nein ja

Konsumieren Sie Drogen?

nein ja Welche?

Sind oder waren Sie schwanger?

- nein ja

Wenn ja, wie war/ist der Verlauf?

.....
.....

Haben Sie regelmäßig Menstruationsbeschwerden?

- ja
 nein

Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?

- nein ja

Wenn Ja, unter welcher Form von Kopfschmerzen?

- allgemeine Kopfschmerzen Spannungskopfschmerzen Migräne
 sonstiges

Was machen sie beruflich?

.....

Ihre berufliche Tätigkeit ist überwiegend

- sitzend stehend gehend schwer tragend
 häufig einseitige Bewegungen häufig einseitige Haltung

Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Treiben Sie Sport oder Fitnessstraining?

nein ja Welche Form von Training?

Wie oft pro Woche?

Wenn Sie uns noch was mitteilen wollen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift Patient