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 senden Sie uns noch vor der Konsultation das Dokument 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?

*(Eine neue Zeile innerhalb der Textbox können Sie mit Shift+Enter erzeugen)*

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

Waren Sie diesbezüglich schon in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

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

Und was war das Ergebnis der Bahandlung?

Wie würden Sie die Art des Schmerzes beschreiben?

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?

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 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Weitsichtigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Sehstörungen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wenn Ja, wo:

**Kiefer / Zähne**

Zahnpressen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Knirschen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Weitere:

Zahnoperationen? (welche, wann?)

Zahnfüllungen? (Material)

Zahnersatz? (wo, seit wann?)

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

Welche / Wann?

**Halswirbelsäule 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Schmerzen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Einschränkungen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

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?

**Brustwirbelsäule, Brustkorb,**

**Herz, Lunge 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Schmerzen zwischen den Schulterblättern [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Probleme / Schmerzen beim Atmen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Luftnot in Ruhe, nachts [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Luftnot bei Anstrengung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Engegefühl in der Brust [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Bluthochdruck [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Herzprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Asthma / Allergie [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Welche Art:

Husten [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Auswurf [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Farbe, Konsistenz:

Heiserkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Brustwirbelsäule, dem Thorax, der Lunge, dem Herzen? Welche, Wann?

**Lendenwirbelsäule 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Rückenschmerzen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wie, Wo, Wann:

Ausstrahlung ins Gesäss / Beine [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wie, Wo, Wann:

Sensibilitätsstörungen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wie, Wo, Wann:

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Lendenwirbelsäule? Welche, Wann?

**Extremitäten / Allgemein 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Muskelverspannungen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Krämpfe [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Schulterprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Ellbogenprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Handprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Hüftprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Knieprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Fussprobleme [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Allgemeine Steifigkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Allgemeine Gelenkschmerzen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Krampfadern [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Kalte Körperstellen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Angeschwollene Beine, Füsse [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich der

Extremitäten? Welche, Wann?

**Bauch 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Bauchkrämpfe [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Blähneigung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Druckgefühl im Oberbauch [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Stuhl weich, ungeformt [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Stuhl hart [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Schwarzer Stuhl [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Durchfall [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Völlegefühl / Übelkeit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Aufstossen / Sodbrennen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Organsenkung (z.B. Nieren) [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Hämorrhoiden [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Verstopfung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wie haben Sie Stuhlgang (Häufigkeit, Konsistenz, Farbe)

Weitere:

Hatten / haben Sie Operationen, Verletzungen oder Erkrankungen im Bereich des

Bauchraumes (u.a. Blinddarm) ? Welche, Wann?

**Unterleib**

**Blase / Prostata 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Blasensenkung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Blasenentzündung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Harninkontinenz [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Häufiger Harndrang [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wenig dunkler Urin [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Harnträufeln [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Prostatavergrösserung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Litten/Leiden Sie an einer Geschlechtskrankheit?

Weitere:

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

**Frauenheilkunde / Gynäkologie**

**(Nur für Frauen) 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Zystenbildung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Gebärmuttersenkung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Besteht eine Schwangerschaft?      .Woche

Brustimplantate

Beginn Menopause

Menopausale Beschwerden [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Abweichungen im Menstruationszyklus [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

(Alle Zutreffenden ankreuzen) Stark schwach unregelmässig Schmerzen

Einnahme von Hormonpräparaten / Antikonzeptiva

Schwangerschaften, Entbindungen, Schwangerschaftsabbrüche

Komplikationen, Dammschnitt /-Riss

Weitere:

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

**Grund- bzw. Vorerkrankungen**

Psychische Erkrankungen

Schilddrüsenunter /-Überfunktion

Bluthochdruck

Herzkrankheiten

Schlaganfall

Lungenerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen

Zuckerkrankheit

Cholesterin zu hoch

Nierenerkrankungen

Gicht

Hauterkrankungen / -Ausschläge

Osteoporose

Knochendichte gemessen?

Bösartige Erkrankungen

Rheuma

Infektionskrankheiten

(Borreliose, Tonsilitis, Pfeifersches Drüsenfieber, etc.)

Körperliche Behinderung

Ansteckende Krankheit

Spital- Kuraufenthalt

(in den letzten 5 Jahren)

Weitere:

**Lebenssituation / Lebensführung /**

**Allgemeinbefinden 1** ---------- **2** ---------- **3** ---------- **4**

Alkohol [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Häufigkeit und Menge

Drogenkonsum [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wenn Ja, Welche Art von Drogen

Rauchen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Für Ex-Raucher: Wann hörten Sie damit auf?

Kaffee [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Koffeinhaltige Getränke [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Durst vermindert / vermehrt [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Appetit vermindert [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Sport [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wie intensiv betreiben Sie Sport?

Allgemeine Abgeschlagenheit [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Einschlafstörungen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Durchschlafstörungen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wenn Ja, Wann erwachen Sie?       Uhr

Nächtliche Schweissausbrüche [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Ungewollte Gewichts- Zu- /-Abnahme

Nahrungsunverträglichkeiten

Sonstige Allergien

Regelmässige Medikamenteneinnahme

Haben Sie über einen längeren Zeitraum starke Medikamente eingenommen und warum?

z.B. Cortison? Antidepressiva? Etc.

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Notizen Therapeut: