

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um den Anamnesebogen so genau wie möglich auszufüllen. Das hilft mir, Sie schneller kennen zu lernen, nichts Wichtiges zu vergessen und dadurch möglichst zügig in Ihre individuelle Therapie einsteigen zu können.

**Allgemeine Angaben:**

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Telefonnummer: ..... E-Mail: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf: .....

Name des Hausarztes: ..... Selbstzahler/privat versichert? .....

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? .....

**Hinweise:**

- 1.) Nachdem es sich um eine Bestellpraxis handelt, muss ich Sie bitten, bei Verhinderung jeglicher Art, ihren Termin 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls bin ich nach Paragraph 615 BGB befugt, Ihnen den entfallenen Termin in Rechnung zu stellen.
- 2.) Die Bezahlung der anfallenden Kosten erfolgt – unabhängig von einer Erstattung Ihrer Krankenkasse – vollumfänglich vor Ort oder per Rechnung.
- 3.) Ich weise Sie darauf hin, dass ich die gesetzlich vorgeschriebenen Datenschutzbestimmungen der DSGVO einhalte.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben und akzeptieren die oben genannten Bedingungen.

Datum: ..... Unterschrift: .....

**1. Aktuelle Beschwerden**

a) Was ist der Hauptgrund Ihres Besuchs in meiner Praxis?

b) Versuchen Sie den Schmerz/ die Beschwerden möglichst genau zu beschreiben (Wann tritt das Problem auf? Wie äußert es sich? Wobei? Wie lange schon? Was macht es besser, was macht es schlechter? Haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?)

c) Gab es einen klar erkennbaren Auslöser für die Beschwerden?

## 2. Leiden Sie unter einem der genannten Symptome?

Haut: Rötung/Blässe/Schwitzen/Trockenheit/Ausschlag/Schwellung/wenn ja, wo?

Sensibilität: Kribbeln/Taubheit/Überempfindlichkeit/sonstiges? wenn ja, wo?

Kopf: Schwindel/Hörstörungen/Sehstörungen/Kieferknacken/Riechstörungen?

Allgemein: Schwäche/Müdigkeit/Gangunsicherheit/Koordinationsstörungen?

## 3. An welche Verletzungen/Operationen/Erkrankungen können Sie sich erinnern? Bitte möglichst chronologisch aufzählen (Kindheit nicht vergessen)

## 4. Leiden/litten Sie an/unter

Herzkreislauf- oder Lungenerkrankungen? Wenn ja, welche? Nehmen Sie Medikamente deswegen?

Neurologische Erkrankungen? Wenn ja, welche? Nehmen Sie Medikamente deswegen?

Probleme im Verdauungstrakt? Wenn ja, welche? Nehmen Sie Medikamente deswegen?

Probleme mit Blase, Prostata oder im gynäkologischen Bereich? Wenn ja, welche? Nehmen Sie Medikamente deswegen?

Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?

Häufige Infekte?

Infektionskrankheiten?

Psychische Probleme?

Krebs?

## 5. Lebensweise

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Haben Sie Probleme beim Ein- oder Durchschlafen?

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten, wie zum Beispiel vegane oder vegetarische Ernährung?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft pro Woche?

Sonstige Hobbys:

## 6. Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten?

## 7. Fragen nur für Frauen

Wann hatten Sie ihre erste Menstruationsblutung?

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus?

Treten Schmerzen oder sonstige Beschwerden im Verlauf des Zyklus auf?

Sind Sie schwanger?

Nehmen Sie die Pille oder ähnliche Verhütungsmittel?

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

Wie alt sind die Kinder?

Hatten Sie einen Kaiserschnitt?

Sind Sie in den Wechseljahren? Wenn ja, seit wann?

Haben Sie die Wechseljahre abgeschlossen? Wenn ja, seit wann?

**Platz für Dinge, die Sie mir als Therapeutin noch mitteilen möchten, weil Sie denken, dass diese wichtig für mich sind:**

Ich bedanke mich für Ihre Geduld und Ihre Mithilfe und freue mich auf eine hoffentlich erfolgreiche Zusammenarbeit.

**Eine letzte Bitte zum Schluss: bringen Sie bitte zu jeder Behandlung ein GROSSES Handtuch mit!**

Ihre Sabine Stelter