Anamnesebogen

für Chiropraktik, Osteopathie, Physiotherapie & Heilpraktik

cube of mobility®

Dieser Fragebogen dient zur Vereinfachung der Befunderhebung, wodurch die Therapeuten mehr Zeit für Sie und Ihre Behandlung haben. Daher ist es notwendig, dass Sie diesen Bogen so genau wie möglich ausfüllen. Zutreffendes bitte unterstreichen, ggf. den Zeitpunkt vermerken. Zu ihren aktuellen Beschwerden werden Sie selbstverständlich noch genauer befragt. sollten Sie hierzu noch etwas in unserem Fragebogen ergänzen möchten, so notieren Sie dies bitte an der betreffenden Stelle mit Ihren eigenen Worten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Meine Daten

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon (Mobil) _____ Telefon (Festnetz) _____ Beruf _____

E-Mail _____ ☐ Ja ☐ Nein Newsletteranmeldung

Hausarzt _____ Krankenkasse _____ ☐ Privat ☐ Beihilfe ☐ ZV

Wie sind Sie auf das cube of mobility aufmerksam geworden?

☐ Arzt ☐ Familie ☐ Freunde/Bekannte ☐ Arbeitskollegen ☐ Internet ☐ Social Media

Krankenvorgeschichte

Allgemein

Gewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Auffällige Gewichtsschwankungen von + ____ kg in den letzten Monaten - ____ kg in den letzten Monaten

Welche Familienkrankheiten sind Ihnen bekannt? (Beispiele bitte unterstreichen)

Diabetes (Zuckerkrankheit), Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herzkrankheiten, Epilepsie, Krebsleiden, Multiple Sklerose (Multiple Sklerose), Psychische Erkrankungen, Tuberkulose, Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, Schuppenflechte, Rheumatische Erkrankungen, Gicht, Steinleiden

Haben Sie

Schilddrüsenerkrankungen ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Nein

Leistungsminderung ☐ Ja ☐ Nein

Weiter auf der nächsten Seite...

Anamnesebogen

für Chiropraktik, Osteopathie, Physiotherapie & Heilpraktik

cube of mobility®

Vermehrte Schweißneigung	☐ Ja	☐ Nein	☐ nachts	
Fieber (über 38,5°C)	☐ oft	☐ ab und zu	☐ sehr selten	zuletzt am _____
Allergien	☐ Ja	☐ Nein	☐ Falls ja, gegen:	_____
Hauterkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	☐ Falls ja, welche:	_____
Kopfschmerzen	☐ Ja	☐ Nein		
Augenprobleme	☐ Ja	☐ Nein		
Hörprobleme	☐ Ja	☐ Nein		
Mittelohrentzündung	☐ Ja	☐ Nein		

Herz - Kreislauf - System

Blutdruck	☐ hoch	☐ normal	☐ niedrig	_____
Kalte Beine	☐ Ja	☐ Nein		
Beinschmerzen nach/beim Gehen	☐ Ja	☐ Nein		
Krampfadern	☐ Ja	☐ Nein		
Arterienverkalkung	☐ Ja	☐ Nein		

Atemwege, Lunge

Husten	☐ Ja	☐ Nein		
Atemnot	☐ Ja	☐ Nein		
Asthma	☐ Ja	☐ Nein		

Verdauungsorgane

Blähungen	☐ Ja	☐ Nein		
Hämorrhoiden	☐ Ja	☐ Nein		
Gallensteine	☐ Ja	☐ Nein		
Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis, ...)	☐ Ja	☐ Nein	☐ Falls ja, welche:	_____
Leberentzündung (Hepatitis)	☐ Ja	☐ Nein		
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	☐ Ja	☐ Nein		
Krebserkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	☐ Falls ja, welche:	_____

Bewegungsapparat

Schmerzen bei Bewegung	☐ Ja	☐ Nein
Schmerzen in Ruhe	☐ Ja	☐ Nein
Bewegungseinschränkungen	☐ Ja	☐ Nein

Verletzungen, Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte (bitte mit Grund und Jahresangabe)

_____

_____

_____

_____

Weiter auf der nächsten Seite...

cube of mobility®

Medikamente (für welche Erkrankungen,
z.B. Abführmittel, Schmerzmittel, Schlafmittel)

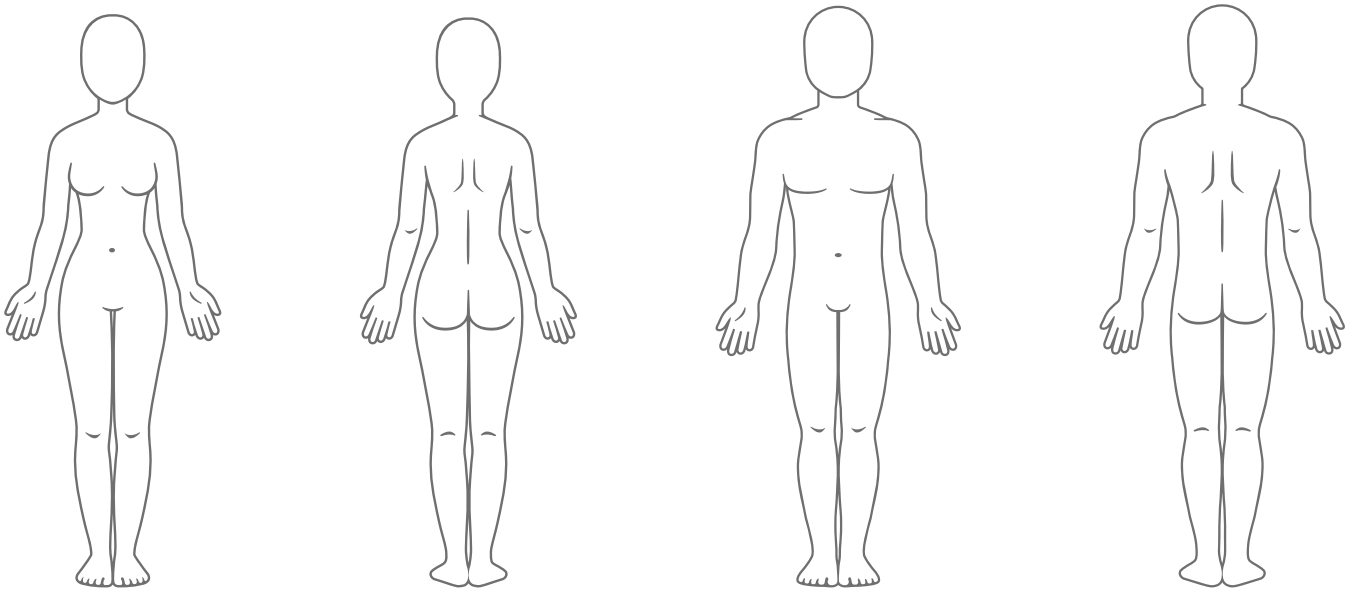
_____

_____

_____

Zigaretten	_____ / Tag		
Kaffee	_____ Tassen / Tag		
Alkohol	_____ pro _____		
Schlaf	_____ Stunden pro Nacht		
Durchschlafprobleme	☐ Ja	☐ Nein	
Einschlafprobleme	☐ Ja	☐ Nein	
Neurologische Erkrankungen	☐ Ja	☐ Nein	☐ Falls ja, welche: _____
Sensibilitätsstörung	☐ Ja	☐ Nein	
Kraftminderung	☐ Ja	☐ Nein	

Zeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer jetzigen Beschwerden in dieser Skizze
an und notieren Sie eventuell daneben ein paar Stichpunkte



Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner angegebenen Daten und habe die Informationen „Aufklärung zur therapeutischen Behandlung" auf der Rückseite zur Kenntnis genommen. Die Diagnostik und Behandlung in dieser Praxis beschränkt sich auf osteopathische Methoden. Ich bin darüber unterrichtet worden und auch damit einverstanden. Für eventuell notwendige weitergehende Diagnostik (Röntgen, MRT, Sonographie, laborchemische Tests, usw.) und Behandlung suche ich ärztliche Hilfe auf. Die Behandlung ist eine Privatleistung, deren Kosten ich im Falle der fehlenden Kostenübernahme durch meine Krankenkasse selbst trage. Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterscheinen die vollen Kosten des Termins selbst tragen muss, falls ich den Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Weiter auf der nächsten Seite...