

Thomas Winterstein
Heilpraktiker – Physiotherapeut
Rowentastr. 2, 63071 Offenbach a.M.,

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine effektive Behandlung ist eine gründliche Erhebung Ihres Gesundheitszustandes von grosser Bedeutung. Daher möchte ich Sie bitten, die folgenden Fragen möglichst umfassend und gründlich zu beantworten.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen wenn möglich vor der ersten Therapieeinheit per Fax (069/82368841), per Mail (info@heilpraktiker-winterstein.de) oder per Post zu.

Die Informationen werden vertraulich behandelt und gelangen nicht an Dritte!

Vielen Dank

Thomas Winterstein

Name:

Geb.Datum:

Anschrift:

Telefon:

mail:

Beruf:

Hobbies:

Art der Tätigkeit:

Lebensverhältnisse:

1. Welches sind Ihre aktuellen Beschwerden?(seit wann, wo, wodurch, welcher Art...)

a.: Hauptbeschwerden:

b.: Nebenbeschwerden:

Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Skala von 0 (keine) – 10 (maximale B.)

0-----10

Thomas Winterstein
Heilpraktiker – Physiotherapeut
Rowentastr. 2, 63071 Offenbach a.M.,

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Medikamente, Impfungen, besondere Belastungssituationen (Stress, Trauer)

3. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?

- | | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Lebererkr. |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankung | <input type="checkbox"/> seel. Erkrankung | <input type="checkbox"/> Neurolog. Erkrankung | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen/ Nähere Erläuterungen | _____ | | |
-

4. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- Masern Röteln Windpocken Mumps Scharlach

5. Welche Operationen hatten Sie?

6. Welche Erkrankungen gab es in Ihrer Familienvorgeschichte?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> |

7. Welche Allergien/Unverträglichkeiten liegen vor?

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Aspirin |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien | _____ | |

8. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

9. Für Patientinnen:

Anzahl der Schwangerschaften

Anzahl der Geburten:

Einnahme der Pille ja

nein

Thomas Winterstein
Heilpraktiker – Physiotherapeut
Rowentastr. 2, 63071 Offenbach a.M.,

Monatsblutung: regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft

10. Ihre Zähne: Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- Amalgam Amalgam entfernt Kunststoff Gold
 Keramik

Weisheitszähne entfernt, welche? _____

Implantate ja nein

Schienen, Spangen, Prothesen ja nein

Knirschen Sie mit den Zähnen?

11. Wie ist Ihre Verdauung:

- Völlegefühl n.d.Essen Blähungen Verstopfung
 Sodbrennen Aufstossen Durchfall
 Appetitlosigkeit Heißhunger Gastritis
 Wie oft haben Sie Stuhlgang?

12. Wie ist Ihr Schlaf?

13. Wie ist Ihr seelisches Befinden?

14. Welche Beschwerden am Bewegungsapparat haben Sie?

15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert?

16. Leiden Sie unter Schmerzen?

- Dauerschmerz Belastung oder Bewegung

Schmerzintensität: kein 0 _____ 10 max. Schmerz

Wo sind die Schmerzen?

Welcher Art sind die Schmerzen?

Was lindert die Schmerzen?

Thomas Winterstein
Heilpraktiker – Physiotherapeut
Rowentastr. 2, 63071 Offenbach a.M.,

17. Zu Ihrer Person:

Grösse

Gewicht:

Welchen Sport betreiben Sie regelmäßig?

Wogegen sind Sie geimpft?

Rauchen Sie? nein ja Anzahl Zig. pro Tag:

Alkohol, wieviel pro Tag

Kaffee, wieviel pro Tag?

Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am Liebsten?

Abneigung gegen Lebensmittel?

Leiden Sie derzeit unter Stress?

18. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?

19. Welche Therapieverfahren wurden bisher angewandt und mit welchem Erfolg?

20. Welche Untersuchungen wurden bisher mit welchem Ergebnis gemacht (bitte bringen Sie aktuelle Untersuchungsbefunde mit – Rö,CT,MRT, Labor, Szinti,etc...)

21. Möchten Sie sonst noch etwas vermerken?

Datum, Unterschrift

Thomas Winterstein
Heilpraktiker – Physiotherapeut
Rowentastr. 2, 63071 Offenbach a.M.,