

Kundendaten

Anamnesebogen bitte sorgfältig ausfüllen - So erhalten wir ein ganzheitliches Bild und können individuell auf Sie eingehen sowie mögliche Kontraindikationen frühzeitig erkennen. Besten Dank!

Name:
Vorname:

Strasse/Ort:
E-Mail:

Geb. Datum:
Beruf:

Mobile:
Zusatzversicherung:

Aktuelle Beschwerden: Bewegungseinschränkungen, Verspannungen, Schmerzen, Taubheit, Muskelschwäche?
(Was? Welche Körperregion/Seite? Seit wann? Bei Ruhe oder Belastung? Schmerzskala 1-10: _____)

Was lindert Ihre Beschwerden? (z.B. Bewegung, Therapien)_____

Frühere Beschwerden/Diagnosen? (Wirbelsäule, Gelenke, Nerven, Bandscheiben)_____

Operationen: wann, wo? Machen diese Narben heute noch Beschwerden?_____

Unfälle: (wann, welche Körperregion?)_____

Chronische oder entzündliche Erkrankungen? (z.B. Osteoporose, Arthrose, Rheuma)_____

Kopfschmerzen? Ja Nein Häufigkeit? _____ Intensität (1-10) _____ Was hilft? _____

Schulmedizinische Diagnose / organische Leiden? (bitte zutreffendes unterstreichen)

Herz-Kreislauf - Blutdruck - Blutverdünner - Diabetes - Thrombose - Krampfadern - Magen/Darm - Leber/Galle
Niere/Blase - Hormonhaushalt - Hautprobleme - Infektionen - Epilepsie -> anderes: _____

Medikamenteneinnahme? Pflanzlich? Nahrungsergänzung?_____

Bestehen Allergien? (auch Hautöle/Lotionen)_____

Familiäre Erkrankungen / Psyche / Soziales / Kinder?_____

Sport / Bewegung: was und wie oft?_____

Trinkmenge pro Tag _____ L Wasser/Tee - Kaffeekonsum pro Tag _____ Tassen

Stress (Skala 1-10): _____

Schlaf: Einschlafen gut schlecht / Durchschlafen gut schlecht / was hilft? _____

Ihre Ziele / Erwartungen an die Therapie?_____

Ergänzende Methoden zur Stressreduktion gewünscht?

(z.B. Atemübungen/Klopfmeditation/Vagusnerv-Entspannung)? Bei Interesse können wir dies gerne einbauen.

JA

NEIN

vielleicht später

Dürfen wir Ihnen unseren Newsletter senden? (2-4 x jährlich) JA NEIN

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Verändert sich Ihre gesundheitliche Situation, bitten wir Sie uns dies mitzuteilen.