

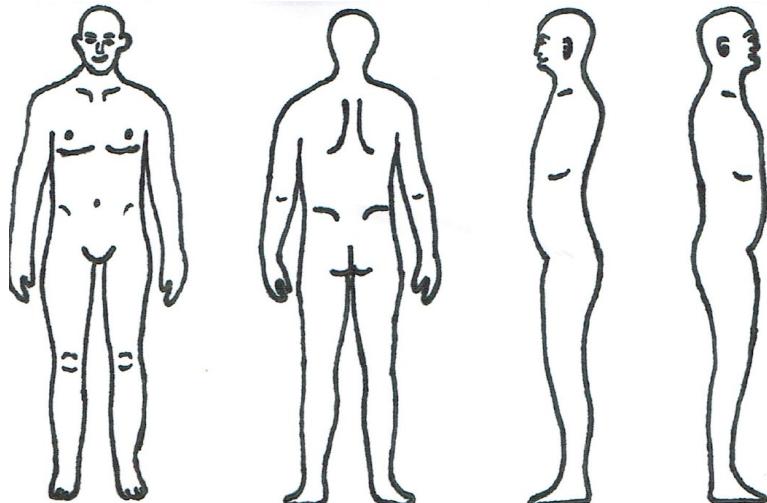
## ANAMNESEBOGEN

### Angaben zu Ihrer Person

Name + Vorname	Geburtsdatum
Aktuelles Körpergewicht	Körpergröße
Raucher (bitte angeben)	Blutgruppe (wenn bekannt)

### Aktuelle Beschwerden

Bitte genaue Schmerzonen markieren + Schmerzausstrahlungen schraffieren



### Haben Sie zusätzliche Symptome zu den Schmerzen?

Hautrötung	Blässe	Schwellung
Taubheitsgefühl	Kribbeln	Berührungsempfindlichkeit
Muskelschwäche	Koordinationsprobleme	Gangunsicherheit
Müdigkeit	Bewegungseinschränkung	
Schwindel	Sehstörungen	Hörstörungen
Sonstiges		

**Bisherige Schmerzbehandlungen / mit welchem Erfolg:**

---

---

---

---

**Hatten Sie Unfälle, Verletzungen o. Operationen? welche / wann:**

---

---

---

---

## Erkrankungen

**Leiden Sie unter? / Sind Erkrankungen bekannt?**

Bluthochdruck	Gefäßerkrankungen
Diabetes	Gicht
Osteoporose	Muskelerkrankungen
Allergien	Unverträglichkeiten

**Sind organische bzw. systemische Erkrankungen bekannt?**

Gehirn	Nervensystem
Schilddrüse	Gebärmutter
Herz	Lungen
Magen-Darm-Trakt	Bauchspeicheldrüse
Leber	Galle
Nieren	Blase

**Haben Sie Probleme mit? / Wie oft treten die Probleme auf?**

Stuhlgang	Wasserlassen
Blähungen	Nervöser Magen

**Leiden Sie häufiger unter?**

Schlafstörungen	Konzentrationsstörungen	Leistungsschwäche
Überforderung	Dauerstress	Innere Unruhe
Angstgefühle	Stimmungsschwankungen	Gereiztheit
Arbeitsprobleme	Familiäre Probleme	

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? seit wann / welche / für was:**

---



---



---

**Gibt es familiäre Vorbelastungen / Erberkrankungen?**

---



---



---

**Wie sind Ihre Essgewohnheiten?**

Alles	Vegetarier	Veganer
Fastfood	regelmäßig	unregelmäßig
Diät / welche		

**Wie sind Ihre Trinkgewohnheiten? / was / wie viel / wie oft:**

Tägliche Flüssigkeitsaufnahme	
Alkoholische Getränke	

## Betrifft nur Frauen

**Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden? / wie oft / wie stark:**

Schmerzen

Unregelmäßige Blutungen

Sonstige Beschwerden

**Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden? seit wann / wie oft / wie stark:**

---

---

---

---

**Nehmen Sie regelmäßig? / seit wann / welche:**

Hormone

Pille

Sonstige Medikamente

**Wenn Sie leibliche Kinder haben, wie war die Geburt?**

Spontangeburt	PDA	Zangengeburt
Steißlage	Kaiserschnitt	

**Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt?**

---

---

---

---