gans einfach gesünder

ilse gänsdorfer
heilpraktikerin | physiotherapeutin | osteopathin

fallstraße 26, 81369 münchen
+49 155 66290029

Anamnese – Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Tel.: _____

Straße: _____ E-Mail: _____

PLZ/Stadt: _____ Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt oder ggf. behandelnder Facharzt: _____

Krankenkasse: □ gesetzlich □ privat Kasse: _____

Hausarzt oder ggf. behandelnder Facharzt: _____

Liebe Patienten,
zur bestmöglichen & sicheren Behandlung Ihrer Beschwerden ist es wichtig, dass Sie Ihre Krankenvorgeschichte mitteilen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und werden nur zum Zwecke Ihrer Behandlung genutzt. Unklarheiten gerne beim Behandlungstermin ansprechen. Bitte bringen Sie auch aktuelle Befunde, Laborwerte, Röntgen oder CT / MRT Bilder mit. Vielen Dank!

Datum: _____ Grund für Ihr Kommen: _____

Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden? _____

Wie haben Ihre Beschwerden begonnen?

□ plötzlich □ schleichend □ nach Unfall/Verletzung □ ohne erkennbaren Auslöser

Treten die Beschwerden auch nachts oder in Ruhe auf? □ Nein □ Ja

Was haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen? z.B. Medikamente, Massagen, Physiotherapie, Spritzen, Übungen, Sport, etc.

_____

Welche Erwartung haben Sie von meiner Behandlung?

_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Blutverdünner, Kortison, Psychopharmaka, etc.) □ Nein □ Ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? □ Nein □ Ja: _____

Gibt es Besonderheiten bei Ihrer Ernährung? _____

♀ Besteht eine Schwangerschaft oder haben Sie kürzlich entbunden? □ Nein □ Ja: _____

Wie hoch schätzen Sie Ihr Stresslevel ein? (Bitte auf der Linie markieren)

kein Stress _____ maximaler Stress

ilse gänsdorfer
heilpraktikerin | physiotherapeutin | osteopathin

Medizinische Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie Vorerkrankungen oder Beschwerden in den folgenden Bereichen? Wenn ja, welche?

Bewegungsapparat (z.B.: Schmerzen, Osteoporose, Knochenbrüche, Bandscheibenvorfälle, künstliche Gelenke)

☐ Nein ☐ Ja:

Operationen, größere Unfälle oder Verletzungen

☐ Nein ☐ Ja, welche und wann?

Kopf/Nervensystem (z.B.: Schmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Epilepsie, Taubheit/Kribbeln, Lähmungen, Koordinationsstörungen)

☐ Nein ☐ Ja:

Kiefer/Zähne (z.B.: Schmerzen, Knirschen, Entzündungen, größere Zahn-/Kieferbehandlungen)

☐ Nein ☐ Ja:

Atemwege/Lunge (z.B.: Atemnot, Husten/blutiger Auswurf, Nebenhöhlenentzündungen, Asthma)

☐ Nein ☐ Ja:

Herz/Kreislauf (z.B.: Bluthochdruck, Brustenge/-schmerz, Herzrasen/-stolpern, Gefäßerkrankungen)

☐ Nein ☐ Ja:

Magen-Darm-Trakt (z.B.: Übelkeit, Schmerzen, Verstopfung/Durchfall, Blut im Stuhl, Stuhlveränderungen)

☐ Nein ☐ Ja:

Stoffwechsel (z.B.: Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, ungewollter Gewichtsverlust, Krebserkrankung, Mangelzustände)

☐ Nein ☐ Ja:

Niere/Blase (z.B.: Schmerzen, Harnverhalt, Blut im Urin, Beschwerden beim Wasserlassen, häufige Blasenentzünden)

☐ Nein ☐ Ja:

Geschlechtsorgane/Hormonell (z.B.: Inkontinenz, Zyklusbeschwerden, Schmerzen, Kaiserschnitt, Missempfindungen)

☐ Nein ☐ Ja:

Psyche (z.B.: Depressionen, Angstzustände, Suchterkrankungen)

☐ Nein ☐ Ja:

Immunsystem (z.B.: erhöhte Temperatur/Fieber, häufige Infekte, Autoimmunerkrankung, Allergien)

☐ Nein ☐ Ja:

Schlaf (z.B.: Nachtschweiß, Schmerzen, Tagesmüdigkeit, Ein- oder Durchschlafstörungen)

☐ Nein ☐ Ja: