

Bitte bringen Sie diesen Bogen nebst Bildern/ärztlichen Befunden möglichst gut ausgefüllt zur Erstanamnese mit.

Name _____ Vorname _____ geb am _____

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet

bei Kindern Namen der Eltern _____ Telefon Festnetz _____

Gesetzliche Vertreter des Kindes _____ Telefon Mobil _____

Straße _____ Hs-Nr _____ PLZ _____ Ort _____

Beruf: _____ email _____

Krankenversicherung gesetzlich (GKV) GKV + Beihilfe GKV + Zusatz Privat (PKV)
 PKV + Beihilfe Barzahlung als Angehöriger einer GKV

wiederkehrende Belastungen (Beruf und Freizeit)

Ist eines der folgenden Symptome aktuell oder in letzter Zeit aufgetreten:

Pupillenreaktionsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bewegung der Augen gestört	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Augenzittern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	häufiger Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Koordinationsst. Extremitäten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Verharren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bewusstseinsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Arm- / Beinschwäche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zungenlähmung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Gesichtsfeldausfall halbseitig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Hier sitzen meine Beschwerden: Beinbereich rechts/links Ellbogen rechts/links Kopf
 Halswirbelsäule Schulter rechts/links Schulter-, Nackenbereich Unterarm rechts/links
 Brustwirbelsäule quer über dem Becken Beckenbereich Lendenwirbelsäule
 Knie rechts/links Fuß rechts/links im Körper _____

Ihnen mitgeteilte Diagnosen: _____



Beschreibung der Beschwerden: _____

Beschwerden akut seit: ___ Jahr(en) Monat(en) Wochen Tagen

Beschwerden wiederkehrend: nein ja alle ___ Tage / Wochen / Monate / Jahre

Wahrscheinliche Ursache der Beschwerden: _____

Aktuelle Nebenbeschwerden _____

Am schlimmsten geht es mir, wenn: _____

Am besten geht es mir, wenn: _____

Vorbehandlungen: Keine (Wenn ja, bitte mit Namensangabe, Zeitraum und Therapieform)

Ärzte / Klinik: _____

Aktuelle Therapiemaßnahmen: _____

Heilpraktiker und Therapieverfahren: _____

Bandscheibenvorfall diagnostiziert (Lokalisation, Zeitpunkt) _____

Die Behandlung erfolgte mit: _____

Physiotherapie/KG: seit: _____ Anzahl Rezepte: _____ Erfolg: _____

Fitnessstudio ja nein seit _____ Zweck: _____

Ich betreibe diesen Sport _____

Medikamenteneinnahme

Name	Dosis	für / gegen	Verträglichkeit	abgesetzt/Datum

Cortison als Spritze über _____ Tage / Wochen / Monate / Jahre bis _____

Voltaren / Diclofenac / Ibuprofen über _____ Tage / Wochen / Monate / Jahre

als Spritze als Tabletten Verträglichkeit gut schlecht

andere Schmerzmedikamente und Einnahmedauer: _____

Wirksamkeit Medizin: schlecht gut anfangs gut, jetzt schlecht kurzzeitig

Einnahme Psychopharmaka von _____ bis _____ wegen _____

Psychotherapeutische Behandlung von _____ bis _____ wegen: _____

Einnahme von Cholesterinsenkern von _____ bis _____

Erfolg der bisherigen Maßnahmen: keiner mäßig mittel gut sehr gut

Homöopathische konstitutionelle Behandlung nein bei _____

Arztbesuch ja nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch ja nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch ja nein

Anamnesebogen

(Platz für Ergänzungen siehe letzte Seite)

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch ja nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Arztbesuch ja nein

Unfälle bis heute (Jahresangabe):

Folgende Schäden sind davon zurückgeblieben: _____

Röntgen oder andere Bilder: ja nein von Arzt nicht für nötig befunden

habe ich dabei kann ich besorgen leider nicht verfügbar geplant für _____

Absatzerhöhung _____ mm Einlagen wegen _____

Einlagen höhengleich: ja nein Einlagentyp: _____

Krankheiten bis heute chronologisch aufgeführt:

Diagnose	Zeitraum von bis

Krebserkrankungen: _____

Behandlungsart _____

Operationen: Knie rechts/links Hüfte rechts/links Bandscheibe

LWS BWS HWS Magen Galle Leber Mandeln Zähne

Künstliche Bandscheiben/Spacer in der Wirbelsäule: nein ja, nämlich _____

Künstliche Gelenke im Körper _____ Herzschrittmacher ja nein

Andere eingebrachte medizinische Orthesen/ _____

Andere OP's und Krankenhausaufenthalte _____

Anzahl der Vollnarkosen _____ nach der _____ ging es gesundheitlich schlechter

Kieferorthopädische Schiene in der Jugend ja nein Parodontose Aufbisschiene

Anzahl Amalgamplomben _____ entfernt ja nein ausgeleitet Kieferknacken

Kontakt mit giftigen Stoffen _____

Knochendichte nicht untersucht untersucht am _____ Wert: _____

Verletzungen und (An-)Brüche an Wirbeln nein ja bitte mit Wirbel- und Zeitangabe

Mitgemachte Brüche: _____

Anomalien an Knochen und Wirbeln? _____

Bilder dazu: nein ja können besorgt werden können nicht besorgt werden

Bekannte Risikofaktoren/Risikoerkrankungen _____

Aneurysma oder andere Blutgefäßschäden _____

Allergien und Unverträglichkeiten habe ich gegen _____

Allergietests mitgemacht (Zeitpunkt und Ergebnis): _____

Schicksalsschläge und einschneidende Ereignisse _____

Meine psychische Verfassung ist sehr gut gut mittel schlecht am Boden

Mein psychischer Stress ist sehr groß groß normal

Die energetische Verfassung ist sehr gut gut mitte schlecht am Boden

Nahrungsergänzungsmittel nein ja, nämlich _____

Entsäuerung nein ja, mit _____

Einige allgemeine Fragen zur Gesundheit (wenn positiv, bitte ankreuzen):

- Konzentrationsdefizit Vergesslichkeit Schlafprobleme Art der Schlafprobleme
- depressive Stimmung Kurzatmigkeit Ängste Merkfähigkeit schlechter
- Stressunverträglichkeit schlechtes Namensgedächtnis Rechts/Linksunterscheidung schlecht
- Bluthochdruck Blutdruck zu niedrig Schwindel Ohnmacht phasenweise

- Herzrhythmusstörung Panikattacken Herzinfarkt Schlaganfall
 Ablagerungen in (Hals)Arterien Anfälligkeit für Herpesinfektionen Hämorrhoiden
 Schwellung Füße Schwellungen Beine Wasser in Beinen Erschöpfung
 Kopfschmerzen Ohrgeräusche Trinkmenge pro Tag _____ Liter
 Prostataprobleme Blasenbeschwerden Darmprobleme _____
 trockene Haut Haarausfall Haare früh grau Schwangerschaftsstreifen
 schnell Sonnenbrand Krampfadern Warzen Bindegewebsschwäche
 schnell blaue Flecken Engegefühl der Brust Mouse rechts/links Steifigkeitsgefühl
 Fingernägel: brüchig dünn Rillen Dellen weiße Flecken Nagelpilz/Fußpilz
 Immunschwäche Energielosigkeit

Bei Frauen: Stehen die Beschwerden im Zusammenhang mit den Tagen? nein ja

Menses: schmerzhaft starker Blutverlust fehlt unregelmäßig Klimakterium

Schwangerschaft nein ja, im _____ Monat Anzahl Aborte _____ Anzahl Kinder _____

Ihre Geburt: normal Zange/Saugglocke Kaiserschnitt Schreikind ja nein

Schulprobleme ja nein Verhaltensauffälligkeiten als Kind

Zusätzliche Fragen (teilweise mit Wiederholungen):

- Reizdarmsyndrom Colitis ulcerosa Morbus Crohn Diverticulitis
 Erschöpfungssyndrom Emotionale Beschwerden Rheumatisch-arthritische Erkrankungen
 Durchfall (wiederkehrend) Bauchschmerzen (Krämpfe) Entwicklungsstörung bei Kindern
 Blut im Stuhl Mundgeruch häufig Infektionen Fieber
 Entzündung Mundschleimhaut Anpassung an Dunkelheit schwer Gelenkschwellungen
 Zahnfleischbluten/Parodontose Wurzelbehandlungen Zahn/Zähne
 Eiweißreiche Nahrung zur Gewichtsregulation Zusätzlich Eiweißkapseln/Eiweißpulver
 Öfters kaltes Gefühl in den Händen Juckreiz in Ohren, Nase oder am Anus
 Brennendes Gefühl im Magen Erhöhte Herzfrequenz, Herzschmerz, Nabelschmerz
 Problem Gewichtszunahme Problem Gewichtsabnahme (Abmagerung)
 Zähneknirschen starke Blähungen (auch nach dem Essen)
 Speichelfluss im Schlaf Männer: sexuelle Dysfunktion

Anamnesebogen

(Platz für Ergänzungen siehe letzte Seite)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appetitmangel | <input type="checkbox"/> Ekzeme, Hautausschläge, Schwellungen, juckendes Ekzem |
| <input type="checkbox"/> oft müde | <input type="checkbox"/> Gelenk-, Muskelschmerzen, Arthritis |
| <input type="checkbox"/> (Eisenmangel)Anämie | <input type="checkbox"/> Erwachen nachts mehrmals zwischen 2 und 3 Uhr |
| <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden | <input type="checkbox"/> unruhiges und angespanntes Gefühl |
| <input type="checkbox"/> Erwachen nachts (02:00 - 03:00 Uhr) | <input type="checkbox"/> Nahrungstoleranzen |
| <input type="checkbox"/> Brennender Magenschmerz | <input type="checkbox"/> Lustlosigkeit, Mattigkeit ohne ersichtlichem Grund |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung oder Durchfall | <input type="checkbox"/> Störungen der Leberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen unklarer Herkunft | <input type="checkbox"/> Hormonelles Ungleichgewicht |
| <input type="checkbox"/> Umweltallergien | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme allgemein |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsprobleme | <input type="checkbox"/> oft vergesslich, klares Denken fällt schwer |
| <input type="checkbox"/> Speicheln im Schlaf | <input type="checkbox"/> Gefühl Unwohlsein allgemein |
| <input type="checkbox"/> Leberstörungen | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Akne |

Starkes Verlangen auf folgende Speisen: _____

Abneigung gegen folgende Speisen: _____

Weitere Ergänzungen _____

Bindlach, den

Unterschrift(en) - bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Herrn Schürr von der Schweigepflicht, falls der kollegiale Austausch mit Heilpraktikern oder anderen Therapeuten für eine optimale Therapiegestaltung nötig sein sollte.

Bindlach, den

Unterschrift(en) - bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter