



Anamnesebogen

Nehmen Sie sich bitte die Zeit diesen Bogen ausführlich auszufüllen.
Das hilft uns Sie und Ihre Ziele besser kennenzulernen, damit wir die neurochiropraktische Betreuung perfekt auf Ihre Bedürfnisse abstimmen können. Es geht alles um Sie und Ihren Weg zu mehr Lebensqualität und Wohlbefinden!

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Fon (Festnetz&Mobil) _____

E-mail _____

Beruf _____

Allgemeine Angaben:

Was möchten Sie erreichen?

Was soll sich in Ihrem Leben positiv verändern?

Wenn das Wirklichkeit geworden ist, was können Sie dann tun, was Sie jetzt nicht tun können?

Wünschen Sie sich

[A] __ eine kurzfristige symptomorientierte Behandlung, die wir immer wieder von neuem wiederholen müssten, oder wünschen Sie sich

[B] __ eine ursachenbezogene Betreuung, die eine große Chance bietet, dass Ihre Probleme nicht immer wieder kommen und Sie langfristig immer gesünder und leistungsfähiger werden können?

Sind Sie selbst bereit Zeit und Energie zu investieren, um gesund, leistungsfähig und vital zu werden? Ja _____ Nein _____



Denken Sie dass man selbst aktiv werden muss, um auch langfristig Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten zu können? Ja ____ Nein ____

Auf einer Skala von 1-10 (1 sehr wenig, 10 sehr viel) wie hoch werten Sie Ihren Stresslevel in Ihrem Privatleben? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie hoch werten Sie Ihren beruflichen Stress? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie hoch schätzen Sie Ihren toxische Stress-Belastung ein (Stress durch Umweltgifte, schlechte Ernährung, Medikamente, Alkohol&Drogen, Umgang mit gesundheitsschädlichen Substanzen etc.)? _____

Auf einer Skala von 1-10 (1 sehr wenig, 10 sehr hoch) wie leistungsfähig fühlen Sie sich derzeit? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie gesund würden Sie sich einschätzen? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie gesundheitsförderlich würden Sie Ihren derzeitigen Lebensstil einschätzen? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden sind Sie mit Ihren sozialen Beziehungen (Familie, Freunde, Rückhalt, Verständnis, Unterstützung)? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrem Berufsleben? _____

Auf einer Skala von 1-10 wie zufrieden sind Sie allgemein mit Ihrem Leben? _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden? Falls ja, welche?

Was glauben Sie ist die wirkliche Ursache dieser Beschwerden?

Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in Behandlung oder haben Sie selbst etwas dagegen unternommen?

Bitte kreuzen sie im folgenden an, wenn die genannten Dinge auf Sie zutreffen:

Hatten Sie in ihrem Leben (auch Kindheit):

Unfälle, wenn ja, welcher Art? _____

Operationen, wenn ja welche? _____

Schädeltraumen?

Knochenbrüche?

Ausgekugelte Gelenke?

Bänder-, Sehnen- oder Muskelrisse?

Bandscheibenvorfälle?

Krebs?



- Kaiserschnitt- Zangen- oder Saugglockengeburt?
 - Autoimmunkrankheiten?
 - Andere schwerwiegende Erkrankungen _____
 - Allergien, wenn ja welche? _____
 - Nahrungsmittelunverträglichkeiten? _____
 - Impfungen, wenn ja, welche, wann zum letzten Mal? _____
 - Tragen Sie Einlagen oder haben Sie welche getragen?
 - Haben Sie jemals eine Schuhehöhung getragen?
 - Kieferorthopädische Maßnahmen?
 - Amalgamfüllungen oder wurzelbehandelte Zähne?
 - Störungen der Entwicklung in der Kindheit?
 - Schwere Traumata im Verlauf des Lebens (z.B. Verlust eines Angehörigen, Misshandlung, Scheidung, Erleben von psychischen Extremsituationen usw.)
 - Andere Erlebnisse in Ihrem Leben, die Sie nach wie vor belasten?
-

Zeigen Sie eines der nachgenannten Symptome?

- Leistungsabfall
- Gewichtsverlust
- Appetitverlust
- Libidoverlust
- Stuhlveränderungen
- Starke Durst
- Urinveränderungen (auch Schwierigkeiten beim Wasserlassen)
- Schlafstörungen
- Nachtschweiß
- Husten und Auswurf
- Erhöhte Temperatur

- Herzrasen/Herzrhythmusstörungen
- Verdauungsstörungen
- Kalte Hände und/oder Füße
- Schwitzige Hände
- Trockene Hände
- Verspannungen
- Kopfschmerzen
- Konzentrationsstörungen
- Antriebslosigkeit
- Erschöpfung

- Sind sie schwanger?
- Nehmen Sie die Pille oder andere hormonelle Verhütungsmittel?

- Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche?
- Rauchen Sie?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol, wenn ja, wie viel?
- Nehmen Sie Drogen zu sich, wenn ja, welche?



O Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

Leiden Sie derzeit an einer der folgenden Störungen von Stoffwechsel, Hormonsystem oder inneren Organen:

- Diabetes Mellitus
- Cushing Syndrom
- Fettstoffwechselstörungen
- Störungen der Schilddrüse
- Nierenerkrankungen
- Erkrankungen der Nebennieren
- Gicht
- Lebererkrankungen
- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Erkrankungen des Gefäßsystems (z.B. Krampfadern, Arteriosklerose etc), wenn ja, welche?
- Herzerkrankungen?
- Erkrankungen des Nervensystems (auch Störungen der Sensibilität oder der Bewegung), welche?

-
- Leiden Sie unter Schwindel?
 - Leiden Sie unter Sehstörungen?
 - Leiden Sie an akuten oder chronischen Schmerzen, wenn ja, welcher Art?

O Gibt es in Ihrer Familie wiederholt auftretende Erkrankungen?

Andere Informationen, die Sie mitteilen möchten?
