

Anamnesebogen/ Patientenfragebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

vor unserem Gespräch benötige ich einige Informationen von Ihnen, die mir eine Diagnosestellung erleichtern.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der Erstbehandlung gut leserlich aus.

Name/Vorname: _____ Geb. Datum: _____ Alter: _____

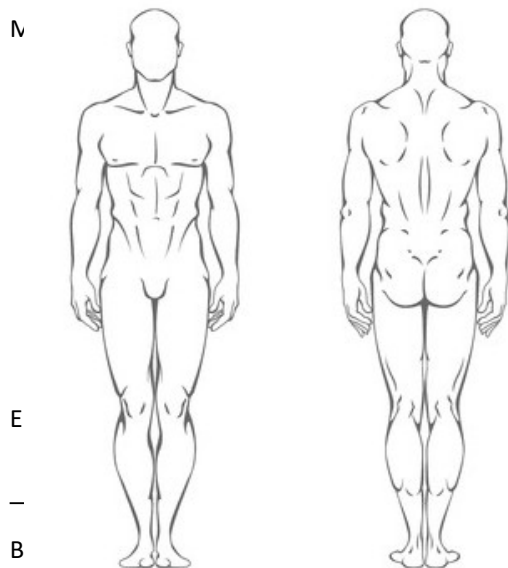
Beruf: _____ Kinder _____ Ja/Nein _____ Wie viele: _____

Wie haben Sie von der Naturheilpraxis Schregel erfahren? _____

Gründe Ihrer Konsultation _____

Wo spüren Sie Schmerzen, Beschwerden, Bewegungseinschränkungen?

Stelle bitte auf der Zeichnung?



Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

Haben Sie schon andere Behandlungen/ Untersuchungen gemacht?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Gelenkschmerzen? Wenn ja, wo? _____

Haben Sie einen Bandscheibenvorfall? Wenn ja, wo? Seit wann? _____

Haben Sie bleibende Schäden durch Knochenbrüche/ OP's/ andere Unfälle erlitten? Wenn ja wann und welche?

Tragen Sie Schuheinlagen? ☐ Ja ☐ Nein Links Höhe: _____ cm Rechts Höhe: _____ cm

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja weswegen? _____

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Schmerzen in der **Halswirbelsäule**? Ja ☐ Nein ☐

Schmerzen in der **Brustwirbelsäule**? Ja ☐ Nein ☐

Kopfschmerzen/Migräne? Ja ☐ Nein ☐

Taubheit/ Kribbeln in den Armen? Ja ☐ Nein ☐

Tinnitus? Ja ☐ Nein ☐

Beschwerden beim Atmen? Ja ☐ Nein ☐

Magen/Darmbeschwerden? Ja ☐ Nein ☐

Schmerzen in der **Lendenwirbelsäule**? Ja ☐ Nein ☐

Herzstolpern/stechen? Ja ☐ Nein ☐

Taubheit/ Kribbeln in den Beinen? Ja ☐ Nein ☐

Konzentrationschwäche/ Müdigkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche? Dosierung? _____

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Kreuzen Sie bitte für Sie zutreffende Punkte an. Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?

☐ Arthrose

☐ Stoffwechsel/ Hormonelle Erkr.

☐ Osteoporose / letzte Messung _____

☐ Infektionskrankheiten

☐ lebensbedrohliche und tumoröse Erkrankungen

☐ Erbkrankheiten

Falls ja, welche und seit wann?

Falls ja, welche und seit wann?

☐ Rheumatische Erkrankung

☐ Blutgerinnungsstörungen

☐ Epilepsie

☐ Gefäßerkrankungen

☐ Chron. Erkrankungen

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Schlaganfall

☐ Herzschrittmacher

☐ Diabetes Mellitus

☐ Fibromyalgie

☐ Bluthochdruck

☐ akute Entzündungen

☐ Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme der oben abgefragten Gesundheitsfragen, sowie die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis, dass Ihre Daten ausschließlich zur Behandlungszwecken von Naturheilpraxis Yvonne Schregel eingesehen werden können.

Unterschrift

Köln, den _____

Datum