

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte*r Patient*in!

*Bitten füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft aus. Ihre Angaben helfen mir, Ihre Beschwerden besser zu verstehen und eine passende Therapie zusammenzustellen.
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.*

Danke!

Nachname, Vorname:

Adresse:

Telefonnr.:

E-Mail:

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Häufig befinde ich mich in dieser Position (sitzend, stehend, in Bewegung etc.):

Versicherungsnummer u. Geburtsdatum:

Versicherungsträger/Kasse:

zuweisende/r Ärztin/Arzt:

Notfallkontakt (Name, Telefonnummer):

*** * * * * ***

Diagnose laut Überweisung:

Wo tut es weh?

Wann tut es weh? (in Ruhe, bei Belastung...)

Schmerzintensität:

Schmerz in Ruhe: ____/10 (0 = kein Schmerz, 10 = extremer Schmerz)

Schmerz bei Bewegung: ____/10 (0 = kein Schmerz, 10 = extremer Schmerz)

Sensibilitätsstörungen: ja / nein

Bewegungseinschränkungen: ja / nein

Bisher erfolgte Therapien (Kur, physikalische Therapie, Physiotherapie...):

Haben Sie **zusätzliche Beschwerden**? Wenn ja, wo und seit wann?

Welche **Ziele** möchten Sie in meiner Praxis erreichen (zB: Schmerzlinderung, Entspannung, bessere Beweglichkeit etc.)?

*** * * * * ***

Ich nehme derzeit folgende Medikamente:

Ich komme mit folgenden **Vorerkrankungen** (bitte zutreffendes ankreuzen):

- ☐ Bluthochdruck (therapiert: ja/nein)
- ☐ Hypotonie/niedriger Blutdruck
- ☐ Schwindel
- ☐ Osteoporose
- ☐ Arthrose
- ☐ Rheuma
- ☐ Diabetes/Zuckerkrankheit (Typ I/Typ II) (Insulinpflichtig: ja/nein)
- ☐ Atemnot/Asthma/COPD
- ☐ Allergien (wenn vorhanden: EpiPen oder Notfallset sind zur Behandlung mitzubringen)
- ☐ Implantate (Prothesen, Metalle, Herzschrittmacher, Insulinpumpe etc.)
- ☐ Reizdarmsyndrom/Obstipation
- ☐ häufige Harnwegsinfekte
- ☐ Migräne/Kopfschmerzen
- ☐ chronisch venöse Herzinsuffizienz (CVI)
- ☐ periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
- ☐ Fettstoffwechselstörung (Hyperlipidämie, erhöhter Cholesterinwert)
- ☐ Morbus Bechterew
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Epilepsie
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Zustand nach Tumorerkrankung
- ☐ Zustand nach Herzinfarkt/Herzrhythmusstörungen
- ☐ andere:

In meiner Familie sind folgende Erkrankungen bekannt (bitte zutreffendes ankreuzen):

- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Bluthochdruck/Hypertonie
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Tumorerkrankungen

Ich habe/hatte **in letzter Zeit** (bitte zutreffendes ankreuzen):

- ☐ ein schweres Trauma/einen Unfall
- ☐ einen Sturz/Stürze
- ☐ eine hohe Stressbelastung
- ☐ Thoraxschmerzen/Brustschmerzen
- ☐ ungewollten starken Gewichtsverlust
- ☐ starken Ruhe-/Nachtschmerz
- ☐ neurologische Ausfälle

Ich bin in **Bewegung**/mache **Sport** (was und wieviele Stunden/Woche):

Ich hatte/habe **Knochenbrüche/Operationen/Narben** (wo und wann):

Mein aktuelles **Stressempfinden**: ___/10 (0 = kein Stress, 10 = Maximalstress)

Ich konsumiere **Alkohol** (bitte kennzeichnen): nie – selten – häufig – täglich

Meine **Schlafqualität** empfinde ich als (bitte kennzeichnen): sehr gut – gut – mäßig – schlecht

Für Frauen*: Sind Sie schwanger? (bitte kennzeichnen): ja – vielleicht – nein

Das ist mir noch wichtig zu sagen:

*** * * * * *

Bitte umblättern!

Bitte beachten Sie!

! Eine Stornierung Ihres Termins ist bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei möglich. Ich behalte mir vor, kurzfristigere Absagen zur Gänze zu verrechnen.

*** * * * * ***

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, vollständig und korrekt sind. Ich verstehe und bin damit einverstanden, dass der Vertrag gelöst wird, wenn sich herausstellt, dass meine Angaben nicht vollständig oder nicht richtig sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- von Mag.^a Anita Wieser keine Diagnosen gestellt werden
- es nach manuellen Behandlungen oder Stromanwendungen zu Reaktionen kommen kann (Rötung, Muskelkater...)
- Behandlungskosten anfallen, die ich zu bezahlen habe. Mit Verordnung kann ich die Rechnung bei meiner Krankenkasse für eine anteilmäßige Kostenrückerstattung einreichen.

Ort, Datum

Unterschrift