



## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

bei minderjährigen Patienten der Vor- und Nachname eines Elternteils:

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Empfehlung / Überweisung von: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Gesetzlich versichert:  Zusatzversicherung (Heilpraktiker):

Private Krankenversicherung:  Beihilfe:  Post B:

Wir sind eine **Privatpraxis** und rechnen nach dem **Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)** ab. Beachten Sie bitte, dass die Kosten von den gesetzlichen Kassen in der Regel nicht übernommen werden.

Private Krankenkassen und Zusatzversicherungen, Beihilfe und die Postkasse B erstatten die Behandlungskosten nach jeweils unterschiedlichen Sätzen und nach versichertem Tarif. **Eine Gewähr für eine Erstattung unserer Rechnungen durch diese Kostenträger können wir daher leider nicht übernehmen.**

**Wir bitten Sie, Termine die Sie nicht einhalten können, bis spätestens 24 Stunden vorher telefonisch abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage können wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe der üblichen Behandlungskosten in Rechnung stellen.**

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Zur aktuellen Situation:

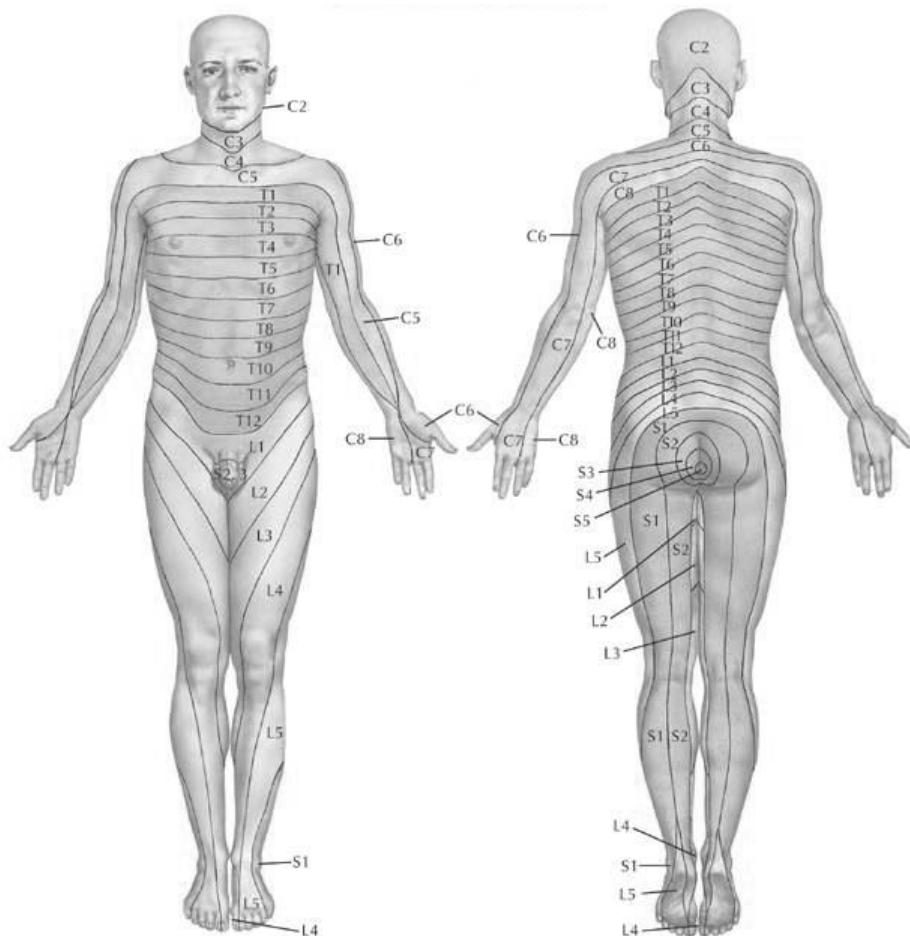
Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches:

---

---

---

- Gibt es aktuelle Röntgenaufnahmen / Computertomographien / Kernspintomographien? ja  nein
- Bitte kennzeichnen Sie die schmerzhaften Stellen / Regionen und ggf. wohin die Schmerzen ausstrahlen. Falls Sie ein Kribbeln oder Taubheitsgefühle verspüren, zeichnen Sie bitte auch diese Bereiche ein.



- Seit wann bestehen die Beschwerden (Tage, Wochen, Monate)?

---

- Wie haben Ihre Beschwerden begonnen? Plötzlicher Beginn  Langsamer Beginn
- Wodurch wurden sie ausgelöst? z.B. Unfall / Verheben / plötzliche Bewegung / keine erkennbare Ursache

---

- Verbessern oder verschlimmern sich momentan Ihre Beschwerden?

Verbesserung  Verschlechterung  keine Veränderung

- Wo würden Sie auf einer Skala von 0 bis 10 die Intensität des Schmerzes einordnen? \_\_\_\_\_
- Welche Behandlung(en) haben Sie bis jetzt bekommen (Medikamente, Physiotherapie, Osteopathie, andere)?

\_\_\_\_\_ Mit welchem Erfolg? \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen die Beschwerden? Welche und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

**Zum allgemeinen Gesundheitszustand:**

- Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_
- Tragen Sie Einlagen oder eine Absatzerhöhung (ggf. welche Seite und Höhe)? \_\_\_\_\_

**Bestehen oder bestanden bei Ihnen andere Erkrankungen wie zum Beispiel:**

	ja	nein	Erläuterungen:
Herzerkrankungen z.B. Infarkt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parkinson:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungsneigung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Thromboseneigung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebserkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwere Infekte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente z.B. Marcumar ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

- Nehmen Sie momentan noch andere Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

- Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

---

---

- Hatten Sie frühere unfallbedingte Verletzungen z.B. durch Autounfälle / Sportverletzungen / Stürze u.s.w

---

---

---

- Besteht eine Schwangerschaft?      nein       ja  Falls ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_

- Haben Sie Kinder?      nein       ja  In welchem Alter? \_\_\_\_\_

- Wie lange schlafen Sie nachts? Schlafen Sie gut? \_\_\_\_\_

- Welche Schlafhaltung bevorzugen Sie? \_\_\_\_\_

- In welchem Umfang betätigen Sie sich regelmäßig sportlich? Wie oft pro Woche?

z.B. Radfahren, Laufen, Schwimmen usw.: \_\_\_\_\_

---

- Welche Erwartungen und Ziele haben Sie hinsichtlich der Therapie? (z.B.: Schmerzen reduzieren, Beweglichkeit fördern, wieder Radfahren können, Laufstrecke erweitern, uvm.)

---