

Fragen zu Ihrer Person

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtstag _____

Krankenkasse _____ Privat Ja Nein

Wenn ja, brauchen Sie eine Rechnung zur Vorlage bei der Kostenstelle? Ja

Beihilfe _____ Ja Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Sind Sie bereit ihre Lebensgewohnheiten zu ändern, wenn es erforderlich ist?

Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Ihre Kontaktdaten werden absolut vertraulich behandelt und dienen Ihrer Sicherheit. Wir speichern Ihre persönlichen Daten nur zu internen Zwecken zur Rechnungsabwicklung. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Anamnesebogen

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Seiten. Bitte füllen Sie ihn gewissenhaft aus, wenn Sie Fragen haben sollten, stehen wir Ihnen immer zur Seite. Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt, dienen Ihrer Sicherheit und werden NICHT elektronisch gespeichert.

1. Was machen Sie beruflich bzw. was haben Sie beruflich gemacht?

2. **Nur Frauen:** Sind Sie zur Zeit schwanger? Nein Ja, in der _____ Woche

3. Haben Sie Osteoporose (Knochenbrüchigkeit), Tumore oder Krebs oder sind Sie betroffen?

• Wenn ja, wann und wo?

Nein Ja, und zwar:

• Gibt es Anlagen zu familiären Vorerkrankungen? Nein Ja

• Wenn **ja**, welche: _____

4. Schlafen Sie gut? Nein Ja

• In welcher Position? _____

5. Wie viele Stunden verbringen Sie am Tag vor dem PC/TV/Smartphone? Ca. _____ Stunde/n.

6. Wie viel Wasser, Kräutertee, Saft o.ä. trinken Sie am Tag? Ca. _____ Liter

• Wie viel Kaffee oder schwarzen/grünen Tee? Ca. _____ Tassen

• Ist er entkoffeiniert? Nein Ja

7. Wie viel Alkohol trinken Sie am Tag / in der Woche / im Monat? _____

8. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? Nein Ja, ca. _____ Zigaretten am Tag

9. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, wogegen?

Nein Ja

• Welche? _____

• **Nur Frauen:** Antibaby-Pille: Nein Ja

10. Bewegen Sie sich oder treiben Sie Sport?

Nein Ja, ca. _____ Mal in der Woche

• Welchen? _____

11. Tragen Sie Einlagen in den Schuhen?

Nein Ja

12. Neigen Sie zu Kopfschmerzen und/oder Schwindel?

- Nein Ja

• Wenn ja, was und wann das erste Mal? _____

13. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?

- Nein Ja, und zwar:

• Wenn ja, was und wann das erste Mal? _____

14. Hatten Sie Operationen? (auch Zahnbehandlungen über 30 min)

- Nein Ja

• Welche? _____

15. Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse, Lunge, Herz und/oder Bluthochdruck?

- Nein Ja, und zwar: _____

16. Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung?

- Nein Ja, und zwar: _____

17. Haben Sie Allergien und/oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

- Nein Ja

• Wenn ja, welche? _____

18. Neigen Sie zu Ängsten, Panikattacken o. ä.?

- Nein Ja, und zwar _____

19. Welche Beschwerden haben Sie darüber hinaus?

20. Gibt es noch etwas, das wir wissen sollten? Sind Ihnen körperliche Besonderheiten bekannt oder sind noch Metallteile in Knochen vorhanden? Sind Wirbel verwachsen?

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

Egal, wie schlecht Sie sich fühlen mögen, vergessen Sie nie:
Ihr Körper ist aus zwei Zellen entstanden und zu dem wunderbaren Kunstwerk
geworden, der das liest. Ihr Körper kann sehr viel mehr, als Sie ihm zutrauen!