

# Anamnesebogen

Dieser Fragebogen besteht aus **zwei** Seiten. Füllen Sie ihn gewissenhaft aus, wenn Sie Fragen haben sollten, stehen wir Ihnen immer zur Seite.

Ihre Daten werden absolut vertraulich behandelt und dienen Ihrer Sicherheit.

1. Was machen Sie beruflich bzw. was haben Sie beruflich gemacht?  
\_\_\_\_\_
2. Sind Sie momentan schwanger? (nur Frauen)     Ja, in der \_\_\_\_\_ Woche     Nein
3. Haben Sie Osteoporose (Knochenbrüchigkeit), Tumore oder Krebs oder haben Sie es schon mal gehabt? Wenn ja, wann und wo?  
 Nein     Ja, und zwar \_\_\_\_\_
4. Schlafen Sie gut?     Nein     Ja
- 4.1 In welcher Position? \_\_\_\_\_
5. Wie viele Stunden verbringen Sie am Tag vorm PC/TV/Internet?    \_\_\_\_\_ Stunde/n
6. Wie viel Wasser, Kräutertee, Saft o.ä. trinken Sie am Tag?    Ca.: \_\_\_\_\_ Liter  
Wie viel Kaffee oder schwarzen/grünen Tee?    \_\_\_\_\_ Tassen  
Ist er entkoffeiniert?     Nein     Ja
7. Wie viel Alkohol trinken Sie am Tag/in der Woche/im Monat?    \_\_\_\_\_
8. Rauchen Sie und wenn ja, wie viel?     Nein     Ja, ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag
9. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, wogegen?  
 Nein     Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Treiben Sie Sport und wenn ja, welchen und wie oft?  
 Nein     Ja, \_\_\_\_\_ Mal in der Woche
- 10.1 Was? \_\_\_\_\_
11. Hatten Sie Unfälle, Stürze usw. in Ihrem Leben und wenn ja, welcher Art und wann?  
 Nein     Ja \_\_\_\_\_
12. Wie verlief Ihre Geburt ?  
 Kaiserschnitt     Saugglocke     Zangengeburt     PDA  
 Wehentropfen     Normal (Ohne Medikamente oder Hilfsmittel)

13. Hatten Sie irgendwelche Operationen (auch Zahnbehandlungen über ½ h)?  
O Nein      O Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Neigen Sie zu Kopfschmerzen und/oder Schwindel?  
O Nein      O Ja  
Wenn ja, was und wann das erste Mal? \_\_\_\_\_
15. Haben Sie Probleme mit den Nasennebenhöhlen und/oder den Ohren? Wenn ja, was und wann das erste Mal?  
O Nein      O Ja, und zwar \_\_\_\_\_
16. Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse, Lunge Herz und/oder Bluthochdruck?  
Wenn ja, was und wann das erste Mal?  
O Nein      O Ja, und zwar \_\_\_\_\_
17. Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung?  
O Nein      O Ja, und zwar \_\_\_\_\_
18. Neigen Sie zu Ängsten, Panikattacken o. ä.?  
O Nein      O Ja, und zwar \_\_\_\_\_
19. Welche Beschwerden haben Sie sonst noch?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Gibt es noch etwas was wir wissen sollten? Sind Ihnen körperliche Besonderheiten bekannt oder sind noch Metallteile in Knochen vorhanden? Sind Wirbel verwachsen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_