

Anamnesebogen

Heutiges Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Wie erreichen wir Sie am besten? _____

Beruf: _____ Arbeitspensum: _____

Notfall Kontakt: _____ Telefon: _____

Beziehung: _____

Ein paar wichtige Fragen:

1. Hatten Sie schon einmal eine Akupunktur Behandlung: Ja Nein

2. Sind Sie schwanger oder könnte es sein dass Sie schwanger sind?

Ja Nein Wenn Ja wievielte Woche? _____

3. Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten auf bestimmte Medikamente, Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Reaktion? _____

Gründe des heutigen Besuchs (bitte nach Dringlichkeit auflisten):

1. _____ Beginn? _____

Was macht es besser? _____

Was macht es schlechter? _____

2. _____ Beginn? _____

Was macht es besser? _____

Was macht es schlechter? _____

3. _____ Beginn? _____

Was macht es besser? _____

Was macht es schlechter? _____

Bitte kreuzen Sie alle Symptome an die sie entweder jetzt haben oder in der Vergangenheit gehabt haben. Diese Informationen hilft uns eine korrekte Diagnose zu erstellen.

<u>Herz/Kreislauf</u>	<u>Jetzt</u>	<u>Vergangenheit</u>	<u>Nervensystem</u>	<u>Jetzt</u>	<u>Vergangenheit</u>
Schlechte Durchblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taubheit/Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopftrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Immunsystem</u>		
Rythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wiederholte Erkältungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Verdauungstrakt</u>		
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Aufstossen/Rülpsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Muskel/Skelettsystem</u>			Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose/Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallenblasen Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischiasschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizdarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collitis/Krohns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Darmblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente, Vitamine, Kräuter oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	Seit wann?

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Unfälle.

Art	Datum

Ihre Gewohnheiten

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel _____ Seit wann _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Wie oft _____ Welchen _____

Trinken Sie Kaffee? Ja Nein Wieviel am Tag _____

Trinken Sie Soda/Cola? Ja Nein Wieviel am Tag _____

Nehmen Sie Drogen? Ja Nein Wie oft _____ Welche _____

Haben Sie viel Stress? Ja Nein Wie oft _____ Welchen _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein Wie oft _____ Welchen _____

Ernährung (Bitte beschreiben Sie:)

Ein gewöhnliches Frühstück:

Ein gewöhnliches Mittagessen:

Ein gewöhnliches Abendessen:

Zwischenmahlzeiten/Snack:

Haben Sie besondere Diätvorschriften oder Einschränkungen in Ihrer Ernährung?

Für Frauen

Bitte notieren Sie das Datum der letzten drei Menstruationen:

Haben Sie Probleme mit den folgenden Beschwerden? Wenn Ja, bitte jeweils mit einem Kreis markieren.

Unregelmässiger Zyklus

Ungewöhnlicher Ausfluss

Menopause Symptome

Prämenstruelles Syndrom

Brustknoten

Starker/Schwacher Fluss

Unerfüllter Kinderwunsch

Anderes: _____

Benutzen Sie Empfängnisverhütung? Ja Nein

Welche Methode? _____

Sind Sie in der Menopause? Ja Nein Seit wann

Bei Absagen von weniger als 24 Stunden vor der vereinbarten Zeit, wird die volle Gebühr von einer Stunde in Rechnung gestellt.

Unterschrift / Signature:
