

Anamnesebogen

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Meine Tätigkeit ist vorwiegend sitzend stehend abwechselnd

Sind sie / waren sie sportlich aktiv?

Gibt es gesundheitliche Probleme wie Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankung etc.?

Hatten sie Verletzungen? (Brüche, Unfälle)

Ja, Wann? _____ Welche? _____

Komplikationen? _____

Hatten sie Operationen?

Ja, Wann? _____ Welche? _____

Komplikationen? _____

Liegt eine Schwangerschaft vor bzw. wurde in den letzten 6 Monaten entbunden?

Ja, SSW _____ Wann wurde entbunden? _____

Aktuelle Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Rundrücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hohlrücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Skoliose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verspannung d. Muskulatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wo? _____ Seit wann? _____
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wo? _____ Seit wann? _____
Gelenksprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wo? _____ Seit wann? _____
Gleitwirbel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Arthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hexenschuss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

HWS BWS LWS

Seit wann? _____

Bisherige Behandlungen _____

Haben Sie Schmerzen

Wo? _____

Seit wann? _____

Welche Art von Schmerz?

Gibt es noch etwas was Sie uns mitteilen möchten?

Datum _____

Unterschrift _____