

Anamnese – Fragebogen

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb. _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Email: _____

Vor unserem Termin bitte ausfüllen und ausgedruckt

mitbringen oder vorab per Mail an:

jcn.kontakt@gmail.com senden.

An welchen Körperstellen hast Du akute Beschwerden?
Einfach intuitiv markieren.

Unter welchen akuten Beschwerden leidest Du und seit wann?
Ordne die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

Schmerzskala: 1=Wenig Schmerz 10=Unerträgliche Schmerzen

1. _____ Schmerzskala: _____ seit: _____

2. _____ Schmerzskala: _____ seit: _____

3. _____ Schmerzskala: _____ seit: _____

Wie oft hast Du die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, reißend, krampfend.

Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme,

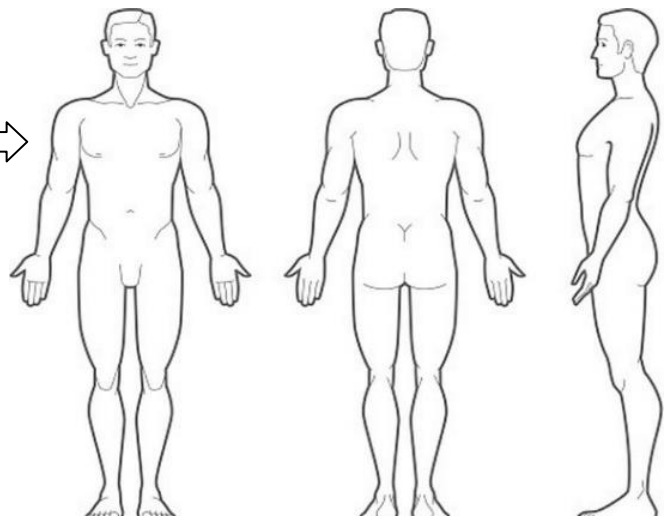
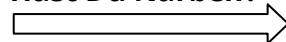
Welche Ereignisse verbessern?

Was war vor dem ersten Auftreten Deiner Beschwerden? (Auch Emotionale Ereignisse spielen eine Rolle)

Eine Erkrankung ☐ Trauer ☐ Schreck ☐ Operationen ☐ andere: ☐

Kummer

Hast Du Narben?



Welche Behandlungen hast Du gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nimmst Du zurzeit ein?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker hast Du bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

Wie belastbar / leistungsfähig fühlst Du dich / Wieviel Stress hast Du? 0-10 (10= sehr leistungsfähig wenig Stress)

Welcher Lebensbereich stresst dich am meisten? Beruf, Familie, Beziehung, Geld usw.

Hast Du Krampfadern? Wenn ja wo?

Leidest Du unter Kopfschmerzen? Ja ☐ Nein ☐

Häufig ☐ Selten ☐ Vorne ☐ Hinten ☐ Links ☐ Rechts ☐

Auslöser der Kopfschmerzen: _____ Was verbessert: _____

Was verschlechtert: _____

Wie viel Liter und was Trinkst Du pro Tag?

Treibst Du Sport? Welchen, seit wann, wie oft ?

Wie ist dein Schlaf?

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit.), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, Zähneknirschen

Was ist Dein Wunsch, was ist Dein Ziel?

Erklärung & Datenschutz

- Ich bestätige dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen!
- Ich bin mir Bewusst das nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann, und dass alle Angaben von Carola Neumann nur Empfehlungen sind.
- Der Therapeut haftet nicht für Schäden die durch falsche Angaben auftreten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Carola Neumann zum Zweck des Informationsaustausches von Übungen oder Protokollen gespeichert werden.
Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Monatlichen Newsletter. Ja ☐ Nein ☐

Die Widerrufserklärung kann schriftlich oder per Mail eingereicht werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

(Ort, Datum) (Unterschrift bzw. gesetzlichen Vertreters)