

# Anamnese – Fragebogen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

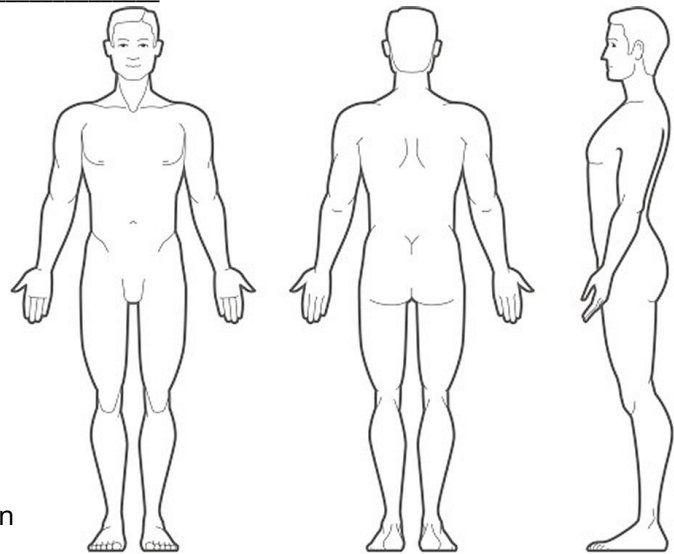
Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## **Vor dem Termin dieses Video anschauen:**

<https://www.youtube.com/watch?v=JRKpJs2w8aQ>

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.

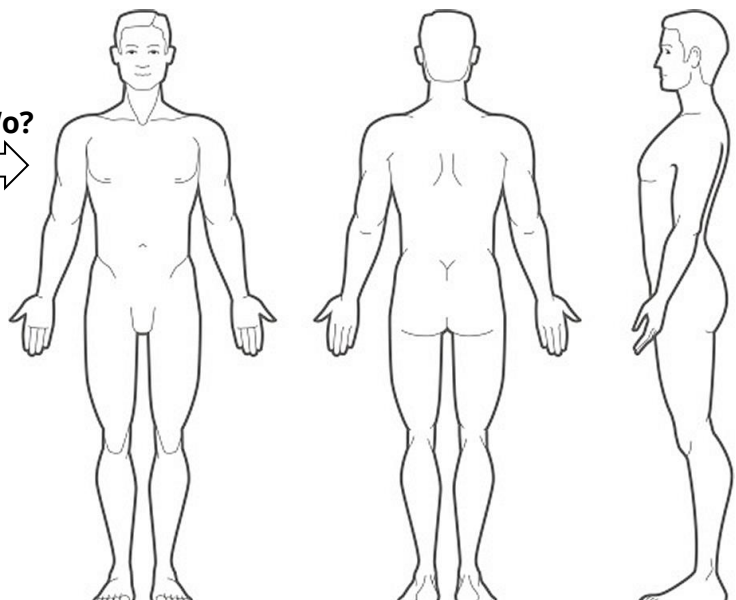
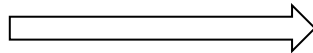
Welche Ereignisse verschlimmern? Körperliche Belastung, stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme,

Welche Ereignisse verbessern?

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

Eine Erkrankung  Kummer  Trauer  Schreck  Operationen  andere: \_\_\_\_\_

**Hast Du Narben? Wo?**



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 Daniel Otmar nur Empfehlungen sind.
- Der Therapeut haftet nicht für Schäden die durch falsche Angaben auftreten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Daniel Otmar zum Zweck des Informationsaustausches von Übungen, Protokollen und Veranstaltungen 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)

