

FUSION 360 - CHIRO MED COMPLEX
Anamnesebogen

Name: _____ **Vorname:** _____

Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet

Kinder: ja wie viele? _____

Ich komme auf Empfehlung von: Bekannte Internetsuchmaschine (Google, Yahoo, etc)

Meine (Kranken) Geschichte:

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Welche nennenswerten Kindererkrankungen gab es?

Keine _____ Im Alter von _____ Jahren

Welche momentanen Beschwerden haben Sie?

_____ seit wann? _____

Waren Sie bereits in Behandlung? Nein Ja, bei einem/er Arzt/in Heilpraktiker/in

Röntgenbilder: normal CT MRT zuletzt: _____ Monat/Jahr

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?

Nein, es ist das erste Mal Ja, schon oft regelmäßig

Ursache der Beschwerden? Autounfall Sturz unbekannt

War der Beginn plötzlich **oder** allmählich?

Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente?

Nein Voltaren/Diclophenac Cortison Tramal

andere _____

Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen? Nein Ja, und zwar rechts links

Tragen Sie eine Aufbiss – Schiene? Nein Ja, seit wann? _____

Unfälle? Nein Ja, welche und wann? _____

Operationen?

Blinddarm Galle Bauchspiegelung Unterleib/Kaiserschnitt

Krebs Magen/Darm Knie Fuß

Hüfte Bandscheibe andere _____

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher oder anderer medizinischer Behandlung?

(z.B. Physiotherapie)

Nein Ja, in welcher? _____

Leiden Sie unter anderen Krankheiten?

- Osteoporose Diabetes Rheuma Arthrose Epilepsie
 M. Bechterew MS Bandscheibenschaden M. Scheuermann
 Schilddrüsenerkrankung andere _____

Welche der Folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

- Schmerzen im Unteren Rücken Steifheitsgefühl Schulter/Arm-Schmerzen
 Nackenschmerzen Kiefergelenkprobleme beim Gehen
 Gelenkschmerzen Ischialgie Periodenbeschwerden
 Taubheitsgefühle/
Ausfallerscheinungen Schmerzen zwischen
den Schulterblättern Blasenbeschwerden
 andere _____

Sind Sie Schwanger? Nein Ja, welcher Monat? _____

Weitere Beschwerden?

- Brustschmerzen Bluthochdruck Augenprobleme
 Schlaganfall Herzinfarkt Zahnprobleme
 Krampfadern Kurzatmigkeit Schwindel
 Herzbeschwerden Herz-Rhythmusstörungen Tinnitus
 Nebenhöhlenproblem Gewichtsprobleme Abgeschlagenheit
 geschwollene Füße Lungenprobleme Fieber
 Kopfschmerzen/ Migräne Gallenbeschwerden Hämorrhoiden
 Wechseljahrbeschwerden Lebererkrankungen Schlafstörungen
 Allergien _____
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

Trinkmenge: _____ in Litern Wasser pro Tag (Kein Kaffee oder Limonade)

Haben Familienmitglieder dieselben oder ähnliche Beschwerden wie Sie?

- Mutter Vater Geschwister (Ehe-) Partner Kind(er)

Medikamentenunverträglichkeit?

- Nein Ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Nein Ja, welche? _____

Therapie mit Blutgerinnungshemmenden Medikamente?

- Nein Ja, welche? _____