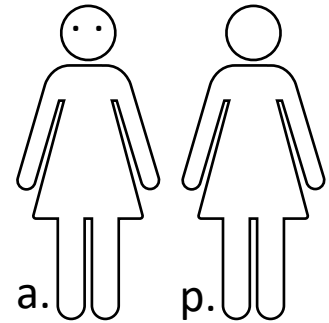


Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Hausarzt / Praxisort: _____
Krankenkasse /
Zusatzversicherung: _____



Anamnesebogen

1. Wegen welchen Beschwerden suchen Sie mich auf?

2. Welche Beschwerden treten zusätzlich, abgesehen von den Genannten wiederkehrend auf?

3. Operationen / Narben / Unfälle in zeitlicher Reihenfolge und Jahr - (auch Zähne):

Kaiserschnitt PDA Dammschnitt /-Riss

wenn ja, bei welcher Geburt (Anzahl?) _____

4. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? - (auch Viruserkrankungen)

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann?	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wann?	_____
Atmungssystem	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Verdauung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Allergien/Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____
Glasknochenkrankheit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Thematik:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Welche?	_____

5. Ablauf Ihres Zyklus?

(Regelmäßigkeit und evtl. Beschwerdebild / Besonderheiten)

Menopause: seit wann: _____

Schlafstörungen: plötzliches Schwitzen:
dieser äußern sich: _____



DENNIS SCHÄFER

Ihr Heilpraktiker + Schmerzspezialist

Dennis Schäfer
Heilpraktiker
Chiropraktik | Osteopathie | Neuraltherapie
Bert-Brecht-Str. 18
64546 Mörfelden-Walldorf
Tel.: 0170 – 40 83 910
E-Mail: dennis.schaefer.lub@gmail.com
Internet: schmerzspezialist-schaefer.de

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

6. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament:	Dosis:

7. Absolvieren Sie ein regelmäßiges Dehnungsprogramm? ja nein Welches? _____

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit des Anamnesebogens:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Behandlung findet nach bestem Wissen und Gewissen statt.

Nicht angegebene Operationen, Unfälle oder andere Umstände können in seltenen Fällen zu Komplikationen führen