



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

Datum:

1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefonnummer:

Geschlecht:

weiblich

männlich

divers

Familienstatus:

ledig

verheiratet

geschieden

Kinder:

ja

nein

Körpergröße:

Gewicht:

Beruf:

Schichtdienst:

ja

nein

Zielsetzung:



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

2. PHYSIOLOGIE

Bekannte Erkrankungen:

Welche Symptome?

Hast Du Allergien?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Gibt es in deiner Familie
bekannte Erkrankungen?

3. RISIKOFAKTOREN

Wie häufig trinkst du
durchschnittlich Alkohol?

selten/nie

täglich

1x/Woche

>2x/Woche

Rauchst Du?

ja

nein



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

4. MEDIKAMENTE & SUPPLEMENTE

Nimmst Du regelmäßig
Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Nimmst Du derzeit
Supplemente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

5. PSYCHOLOGISCHE ANAMNESE

Gab es einschneidende
Erlebnisse in/mit der Familie?

Gab es etwas anderes
das dich belastet?



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

6. VERLETZUNGEN

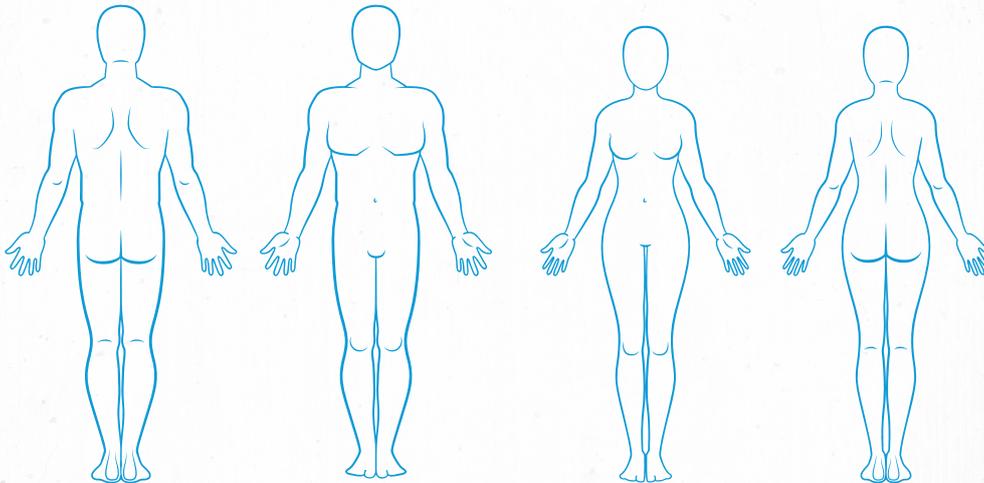
Hattest Du bereits Unfälle oder bekannte Traumata (auch: Operationen, Schleudertrauma, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche o.ä.) ?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Hast du Narben, wenn ja, wo?



7. ERNÄHRUNG

Wie viele Mahlzeiten nimmst Du pro Tag zu dir?

Wie schätzt du deine Ernährung ein?

optimal

gesund

nicht sonderlich gesund

ungesund

Leidest du unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?
Wenn ja, welche?



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

8. VERDAUUNG

Hast du oft Blähungen?

ja

nein

In welcher Frequenz
hast du Stuhlgang?

Wie würdest du Konsistenz
und Geruch beschreiben?

Hast du bekannte
Unverträglichkeiten, die sich in
deiner Verdauung äußern?

9. AKTIVITÄT/SPORT

Treibst Du Sport?

ja

nein

Wenn ja,
was und in welcher Frequenz?

Mit welchem Ziel treibst Du Sport?

Wenn nein, warum nicht?



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

10. SCHLAF

Wie viele Stunden schläfst Du täglich?	<5 Stunden	5-7 Stunden	>8 Stunden
Wie oft wachst du Nachts auf?	0x	1-2x	> 2x
Auf einer Skala von 1-10 wie gut schläfst Du?	<hr/> <p>1 schlecht 2 3 4 5 6 7 8 9 super 10</p>		
Wachst Du morgens ausgeruht auf?	immer	meistens	selten nie
Kannst Du gut einschlafen?	immer	meistens	selten nie

11. STRESS

Kennst Du dein Geburtsgewicht und deine Geburtsgröße?

Wie schätzt Du dein tägliches Stresslevel auf einer Skala von 1-10 ein?

 1 schlecht 2 3 4 5 6 7 8 9 super 10

Wie schätzt Du deinen Umgang mit Stress ein?

Gab es besonders einschneidende Erlebnisse?



ANAMNESEBOGEN ERSTGESPRÄCH

12. SONSTIGES

Befindest du dich momentan
in Behandlung? (medizinisch oder
physiotherapeutisch)

Sonstige Anmerkungen



ANAMNESEBOGEN ZEITSTRAHL

