

Anamnese

Name:
Vorname:
Adresse:

Geburtsdatum:
Versicherungs-Nr.:
Krankenkasse:

Aktuelle Probleme:

Symptomatik (Was? Wo? Seit wann? Was noch? Regelm. Rhythmus? Verbesserung durch...? Verschlechterung durch...? Welches Symptom beeinträchtigt am meisten?)

Wann fühlen Sie sich am wohlsten?

Beruf:

Ernährung:

Medikamente:

Bewegung:

Emotionale / mentale Situation:

Medien- und Kommunikationsverhalten:

Hobbys, Sport Entspannung

Aus der Vergangenheit:

Erkrankungen:

Unfälle:

Operationen:

Therapien:

Schicksalsschläge:

Impfungen:

Zielsetzung und Erwartungen an diese Therapie:

Datum: