

Anamnesebogen Erwachsene

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Allgemeine Angaben

Größe: _____ Gewicht: _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Welche: _____

Aktueller Gesundheitszustand

Was sind die Hauptbeschwerden: _____

Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Gab es einen konkreten Auslöser? _____

Schmerzintensität auf einer Skala von 0–10: _____

Das Alltägliche

Schlafqualität: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Bewegung: ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ selten

Ernährung: ☐ ausgewogen ☐ unregelmäßig ☐ verbesserungswürdig

Stresslevel: ☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Hier finden Sie sich wieder

Bitte geben Sie an, ob folgende Beschwerden aktuell oder wiederkehrend auftreten:

0 = nie 1 = selten 2 = gelegentlich 3 = häufig

- Kopfschmerzen / Migräne: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Nackenschmerzen / Verspannungen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Schulter- oder Armschmerzen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Kribbeln/Taubheitsgefühle in Armen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Rückenschmerzen (Brustwirbelsäule): 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Rückenschmerzen (Lendenwirbelsäule): 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Ischiasbeschwerden: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Schwindel / Gleichgewichtsstörungen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Kieferprobleme / Zähneknirschen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Verdauungsbeschwerden: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Sodbrennen / Magenprobleme: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Atembeschwerden / Kurzatmigkeit: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Herzstolpern / Herzklopfen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

- Schlafstörungen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Erschöpfung / Müdigkeit: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Konzentrationsprobleme: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Innere Unruhe / Nervosität: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
- Stimmungsschwankungen: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Risikofaktoren: Sie hatten ...

- ☐ Operationen
- ☐ Unfälle / Stürze
- ☐ Knochenbrüche
- ☐ Bandscheibenvorfälle
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ☐ Diabetes
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Neurologische Erkrankungen

Weitere wichtige medizinische Ereignisse:

Skizze (Schmerzlokalisierung)

Bitte markieren oder beschreiben Sie hier Ihre Beschwerden oder Schmerzbereiche.

Einverständniserklärung

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und stimme der chiropraktischen Untersuchung und Behandlung zu.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular mit zu ihrem Ersttermin oder senden es vorab per E-Mail an:
info@chiropraktik-ommer.de