

Anamneseformular für Erwachsene

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name _____ Telefon P _____

Vorname _____ Telefon N _____

Strasse _____ Hausarzt _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Geb.-Datum _____ Beruf _____

Krankenkasse: Zusatz ja, Name: _____ nein

Kann die Rechnung per E-Mail zugestellt werden? ja nein

Hauptanliegen _____

Soziales Umfeld

Leben Sie allein Partnerschaft Familie

Beruf

körperlich geistig
 sitzend stehend draussen drinnen
 Mit beruflicher Situation zufrieden unzufrieden

Sport

kein Sport gelegentlich regelmässig

Sportarten: _____

Körperliche Schwachstellen und Verletzungen

Hobbys

Erkrankungen, Symptome

Welche Erkrankungen, Symptome Befindlichkeitsstörungen haben Sie zurzeit, oder sind Ihnen aus der Vergangenheit bekannt?

Störungen Organsysteme:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> Herzschiitmacher |
| <input type="checkbox"/> Atemwege / Lunge | <input type="checkbox"/> Nasen – Hals – Ohren |
| <input type="checkbox"/> Kiefer / Zähne | <input type="checkbox"/> Haut |
| <input type="checkbox"/> Augen | |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Dickdarm |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Sexualorgane | |

- Bewegungsapparat (Muskeln, Gelenke, Bänder, Wirbel)

Welche Bereiche sind betroffen?

- Hals Brust Lenden ISG
- Hüfte Schulter Knie
- Nervensystem (Psyche, Hormone, andere)

Störungen Vegetativ-System

- Kopfschmerzen Migräne
- Schwindel Wetterfühligkeit
- Schmerzen unklarer Herkunft Schmerzen allgemein
- Schlafstörungen Nachtschweiss
- Konzentrationsstörungen Gedächtnisschwäche
- Nervosität Müdigkeit
- Depressionen
- andere _____

Weitere Bereiche, die für eine Therapie berücksichtigt werden müssen

Familiäre Erkrankungen?

Mögliche Belastungsfaktoren

Sind bei Ihnen in letzter Zeit eine oder mehrere der folgenden Ereignisse eingetroffen?

- Trennung / Scheidung
- Partnerschaftsprobleme
- Hausbau
- Umzug
- starke berufliche Belastung
- berufliche Neuorientierung / Wechsel
- finanzielle Belastung
- schwere Krankheit in Familien- oder Freundeskreis
- Unglücksfall, Todesfall
- andere _____

Fragen zu alltäglichen Gewohnheiten

Rauchen / Zigaretten

- nein 5 10 20 40 Zigaretten
- andere Raucherwaren

Alkoholische Getränke

- keine ab und zu regelmässig

Essgewohnheiten

- Fertiggerichte Kantine- und/oder Restaurantverpflegung
 - haben Sie häufig auf etwas bestimmtes Heisshunger?
-

- Gewichtsprobleme:

Körpergrösse _____ Gewicht: _____

Unverträglichkeiten / Allergien

- Nahrungsmittel _____
- Milben, Hausstaub Heuschnupfen
- andere _____

Umwelteinflüsse

- Lärm Elektrosmog andere

Fragen an die Frau: Schwangerschaft / Geburt

- unerfüllter Kinderwunsch
- schwieriger Schwangerschaftsverlauf
- schwierige Geburt(en)
- Schwangerschaftsabbruch
- Abort

Menstruationszyklus

- Blutungen zu stark schwach lange
- Zwischenblutungen unregelmässig
- PMS
- Schmerzen
- Stimmungsschwankungen
- Wechseljahrsbeschwerden

Welche Therapien haben Sie in den letzten zwei Jahren in Anspruch genommen?

- Schulmedizin Physiotherapie Chiropraktik chin. Medizin / Akupunktur
- Homöopathie Kinesiologie Osteopathie andere _____

Welches Ziel möchten Sie erreichen?

Woran erkennen Sie, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, die Klienteninformation genau zu lesen und das Anamneseformular so genau als möglich auszufüllen.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Aufgrund dieses Fragebogens und in der kinesiologischen Begleitung werden keine Diagnosen gestellt.

Kinesiologie unterstützt den Zugang zu den eigenen Ressourcen, so dass das eigene Potential optimal genutzt und die Selbstheilungskräfte aktiviert werden können. Dank selbstverantwortlichem und reflektiertem Handeln wird ein bewusster Prozess in Gang gesetzt.

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular in die erste Sitzung mit.
Danke für Ihre Mitarbeit.

Annelis Amstad

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____