

Kunden-Nr: _____ (bitte leer lassen)

Anamneseblatt von:

Administrative Anamnese:

Anrede: Frau Herr

Vorname: _____

Name: _____

Strasse & Nr. : _____

PLZ / Ort : _____

Tel P: _____

Mobile: _____

eMail P: _____

Tel G: _____

www. G: _____

eMail G: _____

Geburtsdatum: _____

Blutgruppe: weiss nicht O+ A+ B+ O- A- B- AB+ AB-

Grösse: _____

Gewicht: _____

Arbeitgeber: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

RoyalRolfing empfohlen durch: _____

RoyalRolfing entdeckt durch: Homepage Flyer Präsentation _____

Bei Unfall: UVG-Nr: _____ Unfall-Datum: _____

Bei IV: IV-Nr: _____ Datum der Verfügung: _____

Bei Unfall oder IV: AHV-Nr: _____

Grundkrankenkasse: Name: _____ Versicherten-Nr: _____

Zusatz-Krankenkasse: Name: _____ Versicherten-Nr: _____

Zugewiesen von Arzt: Name: _____ Strasse: _____

PLZ / Ort: _____ ZSR-Nr: _____

Zuweisungsgrund: Unfall Beschwerde Prävention _____

Anz. genehmigter Behandl.: _____

Überweisungsdatum: _____

Warum kommen Sie zu mir? _____

Jetzige Anamnese:

Haben Sie chronische oder akute körperliche Beschwerden? nein / ja: _____

Symptome:

- Ort: _____
- Art (Schmerz/Stechen): _____
- Intensität (1-10): _____

Verlauf:

- Beginn: _____
- Dauer: _____
- Häufigkeit/Periodizit.: _____

Auftreten-unter wel. Umständ: _____

Faktoren, die Symptome:

- verstärken: _____
- lindern: _____

Begleitbeschwerden/2.Sympt:

- Ort: _____
- Art: _____
- Intensität (1-10): _____

Bisherige Therapien:

- _____
- _____
- _____

Eigenanamnese:

- Normale Geburt: ja nein _____
- Frühgeburt: _____ Monate zu früh - ohne Inkubator - im Inkubator
- Frühere Erkrankungen: _____
- Chron. Erkrankungen: _____
- Operationen / Jahr: _____
- Knochenbrüche: _____
- Trauma(s): _____
- Allergien: _____
- Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte?
 nein / ja: _____
- Impfungen: _____
- Haustiere: _____
- Ernährungsgewohnh.: _____
- Schlafdauer +/- : _____ Std.
- Schlafqualität: gut normal schlecht / Erwacht: 1x 2x 3x 4x 5x 6x
- Stuhl: weich normal hart / Anzahl: 1x 2x 3x 4x 5x 6x
 mit Blut mit Schleim
- Urin: hell normal dunkel / Anz.: 1x 2x 3x 4x 5x 6x mit Blut
- Temp-Verh/Durchblut: schnell zu kalt (frösteln) schnell zu warm (schwitzen) oft fiebrige Zust.(>37°C)
- Schuheinlagen: nein / ja, seit _____ / Nicht mehr, aber hatte _____ Jahre getragen
- Augen-Beschwerden: nein / ja - Kurzsicht Weitsicht _____ Dioptrie _____
- Zahn-Beschwerden: nein / ja _____ Zähne knirschen
- Zahn-Spange(n): nur unten/oben oben&unten Dauer: _____ Jahre _____

Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten?:

- Osteoporose: nein / ja _____
- Knochenmarkentzünd: nein / ja _____
- Krebs: nein / ja _____
- Autoimmun-Erkrank: nein / ja _____
- Venenentzündung: nein / ja _____
- hoher Blutdruck: nein / ja _____
- niedriger Blutdruck: nein / ja _____
- Herzleiden: nein / ja _____
- Krämpfe: nein / ja _____
- Diabetes: nein / ja Typ: _____ weiss Typ nicht _____
- Bandscheibenvorfall: nein / ja _____
- Gelenk-Leiden: nein / ja _____
- Schilddrüsenproblem: nein / ja _____
- Leistenbruch: nein / ja _____
- Tuberkulose nein / ja _____
- Bluter: nein / ja _____
- Organ-Erkrank. (Blase, Niere, Magen, Leber, Darm): nein / ja _____

- Nehmen Sie regelmässig Medikamente? nein / ja - leichte starke: _____

- Haben Sie Psychotherapie-Erfahrung? nein / ja: _____

Frauen – Gynäkologische Anamnese:

- Letzte Regel: _____
- Zyklusdauer: _____
- Zyklus-Anomalien: _____
- Ausfluss-Anomalien: _____
- Anz. Geburten/Jahr(e): _____
- Erkrankungen während der Schwangerschaft: _____
- Menopause: _____
- Spirale im Einsatz: _____
- Sind Sie schwanger? nein ja

Familien-Anamnese:

- In Fam. häufig auftretende Erkrankungen: _____
- Todesursachen: _____

Genussmittel:

- Rauchen: nein / ja, seit _____ Jahren sporadisch regelmässig häufig
- Alkohol: nein / ja, seit _____ Jahren sporadisch regelmässig häufig

Sportliche Betätigung:

- Aktivität: Kein Sport sehr unregelmässig sporadisch genügend Bewegung im Beruf
- Ausdauer: 0 x 1 x 2 x 3 x 4 x 5 x die Woche
 Stepper/Laufband Joggen Tanz sonstige: _____
- Krafttraining: 0 x 1 x 2 x 3 x 4 x 5 x die Woche

Körperliche Erholung:

- gar nie
- Wellness: selten oft regelmässig
- Yoga / Meditation: 1 x 2 x 3 x 4 x 5 x die Woche sonstige: _____