**Anmeldeformular/Anamnesebogen Datum**:

**Personalien**

Geschlecht: männlich [ ]  weiblich [ ]

#### Name:       Vorname

Adresse:       PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Beruf / Tätigkeit:

Familiensituation (Partner/Kinder etc.):

Tel.-Nr. privat:

Mobile-Nr.:

Email:

Grösse:       Gewicht:

Name und Adresse des Hausarztes: Dr.

 Adresse:

 Tel.-Nr:

 Email:

Name der Krankenkasse (Grundversicherung / KVG):

Name der Krankenkasse (Zusatzversicherung / VVG):

**Bitte beachten Sie:**

Mein Stundenansatz für alle Therapien der Naturheilkunde beträgt 140 CHF.
Die Behandlungsdauer wird individuell, je nach Problemstellung festgelegt.

Krankenkassen / Zusatzversicherungen:

Ich bin von den meisten Krankenkassen anerkannt. Klären Sie vor der Behandlung ab, wie viel Ihre Krankenkasse an der Behandlung übernehmen wird. Meine Therapien werden über die Zusatzversicherung Alternativmedizin / Komplementärmedizin abgerechnet. Sollten Sie keine Zusatzversicherungen bei Ihrem Versicherer abgeschlossen haben, tragen Sie die Kosten für die Behandlung.

Die Kosten für die Physiotherapie werden von der obligatorischen Grundversicherung der Krankenkassen, bzw. von den Unfallversicherungenübernommen.

Was führt Sie zu mir?
Beschwerde / Anliegen / Ziel:

**Allgemeine Lebensgewohnheiten**

Haben Sie häufig Stress? **[ ]** ja **[ ]**  nein

Fühlen Sie sich leistungsfähig? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Schlafen Sie ausreichend? [ ]  ja **[ ]**  nein

 Wie viele Stunden? **[ ]**  h

Treiben sie Sport? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

 Wenn ja, welchen?

Haben Sie täglich Stuhlgang? **[ ]**  ja **[ ]**  nein - alle  Tage

Leiden Sie unter Verstopfung / **[ ]**  ja **[ ]**  nein
 Durchfall? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Trinken Sie ausreichend? **[ ]**  ja **[ ]**  nein  dl pro Tag

Was trinken Sie überwiegend?

Trinken Sie regelmässig Alkohol? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Essen Sie regelmässig Obst/Gemüse? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Rauchen Sie? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

 Wenn ja, wieviel?

Wegen welchen Schmerzen wünschen Sie eine Behandlung?

Nutzen Sie das Bild zur Markierung der Schmerzregion

**[ ]**  akut seit:

**[ ]**  chronisch seit:



**Für Frauen**

Mensbeschwerden **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Unterleibschmerzen **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Klimakteriumbeschwerden **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Verhütungsmittel (Pille, Spirale etc.) **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Sind Sie schwanger? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

 Wenn ja, in der wievielten Woche?

Haben Sie Kinder? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

 Wenn ja, wie viele?

 Wie haben Sie entbunden?

 Gab es Probleme während der Schwangerschaft? [ ]  ja [ ]  nein

**Bestehen folgende Erkrankungen**

Bestehen chronische Erkrankungen der Eltern und naher Verwandter? (z.B. Krebs, Diabetes, Herzkreislauferkrankungen, Darm etc.)

Hatten Sie schwere Unfälle, starke Verletzungen, und Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine nachgewiesene Allergie? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Psychischen Problemen? Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Wenn ja, woran und

**Haben Sie Beschwerden im Bereich? Wenn ja, was genau?**

Kopf [ ]  ja [ ]  nein

Haarausfall [ ]  ja [ ]  nein

Augen [ ]  ja [ ]  nein

Ohren [ ]  ja [ ]  nein

Zahn / Kiefer [ ]  ja [ ]  nein

* Wurzelbehandlung [ ]  ja [ ]  nein
* Amalgamausleitung [ ]  ja [ ]  nein
* Zahnfüllmaterialien [ ]  Amalgam [ ]  Kunstkopf [ ]  Gold [ ]  Keramik

Mandeln [ ]  Operation [ ]  Entzündungen

Schilddrüse [ ]  Überfunktion [ ]  Unterfunktion    anderes

Diabetes [ ]  ja [ ]  nein

Herz / Kreislauf [ ]  ja [ ]  nein

* Blutdruck [ ]  ja [ ]  nein
* Infarkt [ ]  ja [ ]  nein
* Insuffizienz [ ]  ja [ ]  nein
* Rhythmusstörungen [ ]  ja [ ]  nein
* Arteriosklerose [ ]  ja [ ]  nein
* Operationen [ ]  ja [ ]  nein

Lunge [ ]  ja [ ]  nein

* Asthma [ ]  ja [ ]  nein

Leber [ ]  ja [ ]  nein

Galle [ ]  ja [ ]  nein

Magen [ ]  ja [ ]  nein

Darm [ ]  ja [ ]  nein

Nieren [ ]  ja [ ]  nein

Blase [ ]  ja [ ]  nein

**Medikamente**

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie bis vor kurzem regelmässig Medikamente eingenommen? [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, welche?

**Radiologische Befunde**

Bestehen Röntgenbilder, MRI, CT Bilder oder Befunde? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, bringen sie diese wenn möglich mit.

**Zielsetzung mit Patienten zusammen:**

**Nahziel:**

**Fernziel:**

**Therapiekonzept:**

**Nächsten drei Sitzungen:**

Datum:       Unterschrift: