

Erst-Anamnese Fragebogen Therapeutische Massagen

Name: _____ Vorname: _____

Email: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Der Fragebogen dient der strukturierten Erforschung Ihrer Krankheitsvorgeschichte. Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und gründlich aus! Flüchtig ausgefüllte Fragebögen sind leider nicht hilfreich und erschweren eine homöopathische oder psychologische Behandlung.

Senden Sie uns den Fragebogen bitte noch vor der Behandlung via Email ausgefüllt retour.

Lesen Sie jeden Satz bitte einzeln durch und fragen Sie sich, ob dieses Thema sie jemals betroffen hat. Auch frühere Beschwerden und Symptome sind wichtig. Alle Fragen beziehen sich auf das ganze Leben.

Ihre Angaben in dem ausgefüllten Fragebogen unterliegen in unserer Praxis der Schweigepflicht und den DSGVO Vorgaben.

Fragen über folgende Krankheitsbilder:

Begründung für Aufsuchung der Behandlung.....Seite 2

Allgemeine Symptomatik, körperliche Verfassung und

Vorgeschichte.....Seite 3-4

1. Welche Beschwerden führen sie in unsere Behandlung?

- Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte ankreuzen

(10= Sehr starke Schmerzen / 1= Geringe Schmerzen)

(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

➔ Bei keinen Schmerzen erübrigen sich die weiteren Fragen dieses 1. Fragebogenabschnittes.
Gehen Sie bitte weiter zu den Nächsten.

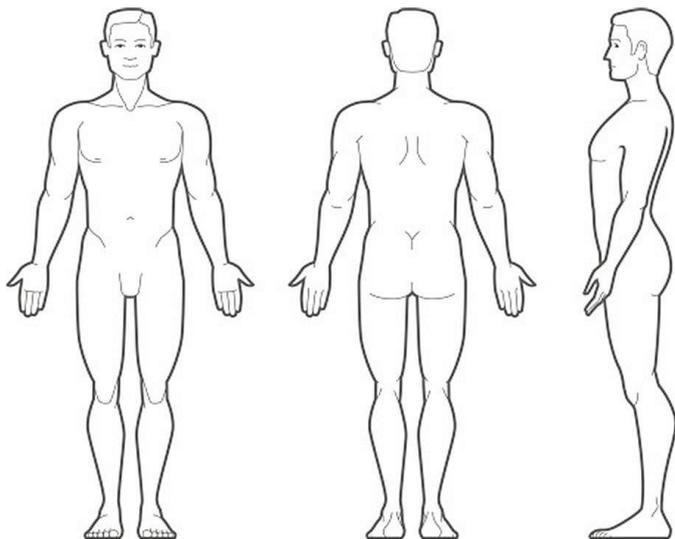
- Falls Sie körperliche Schmerzen haben, bitte beschreiben Sie diese so gut es geht

.....
.....

- Wo und wann treten die Schmerzen genau auf

.....
.....

- Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre Schmerzen bzw. Beschwerden ein:



- Sind von Krankenhäusern, Ärzten oder Heilpraktiker schon Diagnosen gestellt worden?

Nein

Wenn ja, welche:

2. Allgemeine Symptomatik, Physiologie und Vorgeschichte

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja nein

Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? ja nein

Ist ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja nein

Was bereitet Ihnen im Alltag körperliche Beschwerden?

Leiden oder litten Sie unter:

zurzeit

früher

Kopfschmerzen ja nein ja nein

Rücken/Bandscheibenschmerzen ja nein ja nein

Herz- / Kreislaufstörungen ja nein ja nein

Seh-, Sprech-, Hörprobleme ja nein ja nein

Schlaganfall ja nein ja nein

Diabetes ja nein ja nein

Schlafstörung ja nein ja nein

Rheumatische Krankheiten ja nein ja nein

Krebs? Tumor? ja nein ja nein

Atemschwierigkeiten ja nein ja nein

Verdauungsprobleme ja nein ja nein

Kopfschmerzen ja nein ja nein

Allergien ja nein ja nein

Nieren-oder Leberschwäche ja nein ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein ja nein

Psychische Krankheiten ja nein ja nein

Wenn ja, welche?.....

Hatten Sie jemals eine Operation?

Ja (was, wann?) nein

.....

Hatten Sie jemals einen Unfall? (Autounfall, Sportunfall, etc.)

Ja (was, wann?) nein

.....

Wurden von Ihrem Skelett schon Röntgenaufnahmen oder ein MRI gemacht?

Ja (was, wann?) nein

.....

Treiben Sie regelmässig Sport?

Ja (was, wie oft?) nein

.....

Nehmen Sie momentan Medikamente ein?

Ja (welche, wie oft?) nein

.....



-liches Dankeschön für Ihre Zeit und Mitarbeit

SHEKINAH Center
Burggartenstrasse 18, 4103 Bottmingen – CH –
www.shekinah-center.ch
reservation@shekinah-center.ch

*Auszufüllen durch Berater*in / Therapeut*in*

Behandlungsform: _____

Kontraindikationen vorhanden:

Nein

Ja: _____

Notizen: