

# Anamnesefragenbogen

cf physio greifswald GmbH | Walther-Rathenau-Str. 34 | 17489 Greifswald



**vitalplus** Praxis  
für ganzheitliche  
Therapie

[www.vitalplus-physio.de](http://www.vitalplus-physio.de)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis für ganzheitliche Therapie begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.

Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich nur freiwillig.

Die Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapien bestmöglich Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, werden wir diese später zusammen erörtern.

## Persönliche Daten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	Wohnort	Krankenkasse
Email	Telefonnummer	
Körpergröße	Gewicht	

## Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?



**vitalplus** Praxis  
für ganzheitliche  
Therapie

cf physio greifswald GmbH | Walther-Rathenau-Str. 34 | 17489 Greifswald

[www.vitalplus-physio.de](http://www.vitalplus-physio.de)

### Wurden Sie schon einmal operiert?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Datum	<input type="text"/>	Grund	<input type="text"/>
------	--------------------------	----	--------------------------	-------	----------------------	-------	----------------------

### Für Patientinnen:

Haben Sie Kinder?	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Wieviele:	<input type="text"/>	Kaiserschnitt:	<input type="text"/>
-------------------	------	--------------------------	----	--------------------------	-----------	----------------------	----------------	----------------------

### Haben Sie irgendwelche Vorerkrankungen?

(z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, Schlaganfall, Osteoporose, Bluthochdruck, Krampfadern etc.)

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="text"/>
------	--------------------------	----	----------------------

### Allergien & Sonstige Erkrankungen:

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="text"/>
------	--------------------------	----	----------------------

### Regelmäßige Medikamente

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

Medikament	Dosierung	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**vitalplus** Praxis  
für ganzheitliche  
Therapie

cf physio greifswald GmbH | Walther-Rathenau-Str. 34 | 17489 Greifswald

[www.vitalplus-physio.de](http://www.vitalplus-physio.de)

### Medikamentenunverträglichkeit?

Nein  Ja, folgende

### Familiäre Vorbelastungen

Bluthochdruck  Diabetes   
Herzinfarkt  Schlaganfall  Krebs (welcher?)

### Gewohnheiten

(wie ist es normalerweise? Hat sich etwas verändert?)

Rauchen  Trinken   
Sport/Woche  Schlaf

### Vegetative Anamnese

Durst  Appetit   
Stuhlgang  Wasserlassen   
Ich schwitze



**vitalplus** Praxis  
für ganzheitliche  
Therapie

[www.vitalplus-physio.de](http://www.vitalplus-physio.de)

cf physio greifswald GmbH | Walther-Rathenau-Str. 34 | 17489 Greifswald

### Zurzeit habe Sie Beschwerden?

Bitte erläutern Sie kurz Wo und Wie, seit Wann und wie stark die Beschwerden sind:

### Sind Sie derzeit deswegen in Behandlung?

Nein  Ja, seit

### Meine Wünsche an den Therapeuten:

### Wichtiger Hinweis:

**Bei Änderungen Ihre Beschwerden, Behandlungen, Medikamenten und weiteren Angaben teilen Sie uns diese bitte umgehend mit, um die ausgewählte Therapiemethode nicht zu gefährden.**

Vielen Dank, dass Sie sich die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Angaben werden bei uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient