Erik Korus
Akupunktur

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Tel. privat: _____

E-Mail: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Allergien: _____

Medikamente:

_____

Beruf:
(Bitte beschreiben Sie Ihre Arbeitssituation. Folgende Aspekte sollten enthalten sein, überwiegend sitzende Tätigkeit, überwiegend körperlich, viel Stress und körperliche Anspannung, Schadstoffbelastung, etc.)

_____

KRANKHEITSGESCHICHTE

Was sind Ihre Hauptbeschwerden und seit wann? Vermutliche Auslöser? Weitere Beschwerden?

Falls Schmerzen vorhanden sind: Wie ist der Schmerzcharakter (z. B. dumpf, stechend, etc.)?
Sind diese beinflussbar? Wie?

	besser	schlechter
Bewegung		
Sitzen		
Liegen		
Nachts		
Morgens		
Abends		

Können Sie Ihre Beschwerden zu einer bestimmten Uhrzeit einordnen?

Beschreiben Sie bitte die Schmerzintensität auf einer Skala von 1 – 10!
(1 bedeutet minimale Schmerzen, 10 bedeutet nicht mehr auszuhalten)

Welche Therapeuten habe Sie bislang aufgesucht?

Was wurde bereits unternommen und mit welchem Erfolg?

Operationen? (Bitte mit Datum) Sind in diesen Operationen Fremdkörper zurückgeblieben?

Leiden Sie unter weiteren Beschwerden hinsichtlich Ihrer Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche?

Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen?

KOPF UND HALSBEREICH

Tragen Sie eine Brille (auch Lesebrille), ein Hörgerät?

_____

Leiden Sie häufig unter Nasennebenhöhlenbeschwerden?

_____

Leiden Sie häufig unter Nackenverspannungen, wo genau?

_____

Beklagen Sie häufig Kieferschmerzen oder Verspannungen?

_____

Haben Sie Zahnersatzmaterial erhalten, was genau? (Brücken, Kronen, Amalgamfüllungen, In/Onlays, Implantate)

_____

Hatten Sie in der Vergangenheit Zahnwurzelbehandlungen gehabt? Wenn ja wo?

_____

HERZ / KREISLAUF

Haben Sie eine Erkrankung bezüglich des Herzens oder der Lunge? _____

Leiden Sie unter Wassereinlagerungen? _____

Ist bei Ihnen ein Bluthochdruck bekannt? _____

STOFFWECHSEL

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? (1xamTag)

_____

Gibt es Auffälligkeiten hinsichtlich bezüglich des Urins?

_____

Gibt es Auffälligkeiten hinsichtlich des Stuhlganges? Wechselnde Konsistenzen, Durchfall, Verstopfung?

_____

Wenn ja, wie oft?

_____

Leiden Sie häufig unter Blähungen?

_____

Haben Sie einen guten Appetit, wie ernähren Sie sich?

_____

Wieviel und was trinken Sie am Tag?

_____

Ist bei Ihnen ein Diabetes, Gicht oder eine Fettstoffwechselstörung bekannt?

_____

PSYCHE

Ist bei Ihnen eine seelische Erkrankung bekannt?

Wie gehen Sie mit Ärger /Wut um? „Schlucken Sie Ihn herunter“ oder lassen Sie diesen auch raus?

ABSCHLIEßENDE FRAGEN

Gibt es ein und/oder Durchschlafstörungen?

Leiden Sie häufig unter kalte Füße oder Hände? Oder beides?

Beklagen Sie häufig Spontan oder Nachtschweiß?

Haben Sie Narben? Wenn ja wo genau? Seit wann?

Anamnesebogen

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?

_____

Wie würden Sie Ihr Energielevel beurteilen auf einer Skala 1-10?
10 wäre super gut, 1 wäre schlecht bis stark erschöpft

_____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

TBC	_____	Allergien	_____	Diabetes	_____
Übergewicht	_____	Bluthochdruck	_____	Herzinfarkt	_____
Schlaganfall	_____	Krebsleiden	_____	Schilddrüsenbeschw.	_____

Andere _____

Möchten Sie noch etwas vermerken?

_____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir werden Ihren Anamnesebogen beim ersten Behandlungstermin gemeinsam durchgehen und besprechen.

Mit freundlichem Gruß

Erik Korus