

# Anamnesebogen

Unser Ziel ist es, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab Informationen zu Person und Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht. **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**



**DORIS TUCHOLKA**

Physiotherapeutin / Heilpraktikerin (PT)

Name	Vorname	Blutgruppe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geburtsdatum und -Ort	Größe und Gewicht
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse

Telefon Privat / Arbeit / Mobil	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hausarzt	Zahnarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsstatus:  Privat  Gesetzlich  Selbstzahler (Etwaige Zuzahlung der GKK sind beim ersten Termin zu leisten)

Warum suchen Sie unsere Praxis auf?

Gibt es diagnostizierte Erkrankungen? (Bitte Befunde mitsenden)

Haben Sie ...	Aktuelle Schmerzskala von/bis	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/> Kraftminderung
<input type="checkbox"/> Reduzierte Beweglichkeit	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Bissstörungen	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/> Krämpfe

Welche Maßnahmen wurden bisher durchgeführt?

Hatten Sie ...  Operationen  Kieferorthopädie  Unfälle  Stürze

Was und Wo?

Haben Sie ...  fehlende  wurzelbehandelte Zähne  Implantate  Implantate  Metalle in der Mundhöhle

Wo? Bitte letzte Aufnahme mitsenden!

Nehmen Sie regelmäßig ...  Medikamente  Mikronährstoffe  Andere

Was?

Gibt es ...  Psychische Belastungen Aktuelle Stressskala von/bis  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Wie ernähren Sie sich?

Rauchen  Alkohol Wie viel?

Sport/Hobbys?

Schlafqualität und -dauer?

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger

Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vorher erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mir mit einem Stundensatz von € 95,- in Rechnung gestellt.

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift