

Fragebogen Erstanamnese

In deinem Körper hängt alles zusammen, und jedes System beeinflusst das andere. Damit wir dich ganzheitlich und nachhaltig unterstützen können, sammeln wir Informationen aus deinem gesamten Organismus.

Allgemeines

Name: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Geburtstag: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Größe: _____

Gewicht: _____

Beruf: _____

Alltag: ☐ sitzend ☐ etwas Bewegung ☐ körperliche Arbeit

Sportart(-en): _____

Umfang/ Woche: ☐ < 4h ☐ 4 - 8h ☐ > 8h

Raucher: ☐ nie ☐ 1 – 2 Zigaretten/ Tag ☐ 5 – 10 Zigaretten/ Tag ☐ > 1 Schachtel/ Tag

Alkohol: ☐ nie ☐ in Gesellschaft ☐ am Wochenende ☐ täglich

Gab es in deinem Leben in den letzten 6 Monaten ein besonders einschneidendes Erlebnis? (Hochzeit, Unfall, Verlust eines wichtigen Menschen) Wenn ja, was?

Aus diesem Grund bin ich in beim Re:Balance Therapie & Training:

Mein Ziel:

Medizinische Historie:

| Bisherige Verletzung(-en): | Was? | Wann? | Arzt? | Therapie? |
|------------------------------------|---|-------|-------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Operationen | Was? | Wann? | Arzt? | Therapie? |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Einlagen Füße: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Sehhilfe: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Beißschiene: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Medikamente: (wenn ja, welche?) | | | | |
| Allergien: (wenn ja, welche?) | | | | |
| Bestehende Schwangerschaft: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Geburten: (Anzahl) | | | | |

Bei Schmerzthematik:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--|
| Diagnose Arzt: | | | | | | | | | | | | | | |
| Schmerz- lokalisation: | <input type="checkbox"/> eine bestimmte Stelle <input type="checkbox"/> wandernd | | | | | | | | | | | | | |
| Bestehend länger als 6 Wochen: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | | | | | | | | | |
| Art des Schmerzes: | <input type="checkbox"/> ziehend | | | | <input type="checkbox"/> stechend | | | | <input type="checkbox"/> elektrisierend | | | | <input type="checkbox"/> punktuell | |
| | <input type="checkbox"/> ausstrahlend | | | | <input type="checkbox"/> dumpf | | | | <input type="checkbox"/> hell | | | | <input type="checkbox"/> pochend | |
| Stärke des Schmerzes: | keine Schmerzen | <input type="checkbox"/> 0 | <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 | maximale Schmerzen | |
| Veränderung des Schmerzes: | Wird besser durch: | | | | | | | Wird schlechter durch: | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Bitte umblättern!

Energie:

Energielevel über den Tag (jeweils von 1 = niedrig bis 10 = hoch)

Morgen

Mittag

Abend

Nach
Mahlzeiten

Beim Sport

Wie oft krank im Jahr:

☐ 1 x ☐ 2 x ☐ öfter

Ernährungsform:

☐ aus-
gewogen ☐ Vegetarier/
Veganer ☐ Keto ☐ KH-arm ☐ sonstiges

Fasten:

☐ nie ☐ ab und zu ☐ häufig

Subjektive Ernährungseinschätzung:

Nahrungsqualität: schlechte Qualität ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 gute Qualität

Nahrungsmenge: wenig ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 viel

Flüssigkeits-
qualität: (Trinken) schlechte Qualität ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 gute Qualität

Flüssigkeits-
menge: (Trinken) wenig ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 viel

Nahrungs-
ergänzungsmittel: ☐ ja ☐ nein

Heißhunger-
attacken: ☐ ja ☐ nein

Verdauung: ☐ normal ☐ Durchfall ☐ Verstopfung

Bauchschmerzen: ☐ nie ☐ ab und zu ☐ häufig

Bekannte Unver-
träglichkeiten:

Schlaf:

Schlafqualität: schlechte Qualität ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 gute Qualität

Dauer: ☐ < 6 h ☐ 6 – 7 h ☐ 8 – 9 ☐ > 9

Einschlafen: ☐ direkt ☐ < 15 min ☐ > 15 min

Durchschlafen: ☐ ja ☐ nein

Energie beim Aufwachen: ☐ Bäume ausreißen ☐ schlummern ☐ keine Kraft aus dem Bett

Libido: ☐ wenig ☐ normal ☐ hoch

Schnarchen: ☐ ja ☐ nein

Selbsttest:

Setze oder lege dich entspannt hin und zähle die Atemzüge, die du pro Minute machst, ohne dabei deine Atmung zu beeinflussen oder zu verändern.

Atemzüge pro Minute: ☐ < 8 ☐ 9 – 12 ☐ 13 – 16 ☐ > 17

„Naturkontakte pro Tag“:

Kälte: (Duschen, draußen, ...) ☐ nie ☐ ab und zu ☐ häufig

Hitze: (Duschen, Sauna, ...) ☐ nie ☐ ab und zu ☐ häufig

Sonne: ☐ < 1 h ☐ 2 – 3 h ☐ > 3 h

Natur, Wald, Berge, Wasser, ... ☐ < 1 h ☐ 2 – 3 h ☐ > 3 h

Das möchte ich abschließend noch sagen:
