

Fragebogen Erstanamnese



RE:BALANCE TRAINING
MOVEMENT RESTORED. PERFORMANCE UNLOCKED.

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: ja nein

Sehhilfe: ja nein

Beißschiene: ja nein

Medikamente:
(wenn ja, welche?) _____

Allergien:
(wenn ja, welche?) _____

Bestehende Schwangerschaft: ja nein

Geburten: (Anzahl) _____

Bei Schmerzthematik:

Diagnose Arzt: _____

Schmerz-
lokalisierung: eine bestimmte Stelle wandernd

Bestehend länger
als 6 Wochen: ja nein

Art des
Schmerzes: ziehend stechend elektrisierend punktuell
 ausstrahlend dumpf hell pochend

Stärke des
Schmerzes: keine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 maximale
Schmerzen

Veränderung des
Schmerzes: Wird besser durch: _____ Wird schlechter durch: _____

Energie:

Energielevel über den Tag (jeweils von 1 = niedrig bis 10 = hoch)	Morgen	Mittag	Abend	Nach Mahlzeiten	Beim Sport
	_____	_____	_____	_____	_____
Wie oft krank im Jahr:	<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 2 x	<input type="checkbox"/> öfter		
Ernährungsform:	<input type="checkbox"/> ausgewogen	<input type="checkbox"/> Vegetarier/ Veganer	<input type="checkbox"/> Keto	<input type="checkbox"/> KH-arm	<input type="checkbox"/> sonstiges
Fasten:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> häufig		

Subjektive Ernährungseinschätzung:

Nahrungsqualität:	schlechte Qualität	<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	gute Qualität
Nahrungsmenge:	wenig	<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	viel
Flüssigkeitsqualität: (Trinken)	schlechte Qualität	<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	gute Qualität
Flüssigkeitsmenge: (Trinken)	wenig	<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	viel
Nahrungs-ergänzungsmittel:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Heißhunger-attacken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Verdauung:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung										
Bauchschmerzen:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> häufig										
Bekannte Unverträglichkeiten:													

Bitte umblättern!

Schlaf:

Schlafqualität:	schlechte Qualität	<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	gute Qualität
Dauer:	<input type="checkbox"/> < 6 h			<input type="checkbox"/> 6 – 7 h			<input type="checkbox"/> 8 – 9			<input type="checkbox"/> > 9			
Einschlafen:	<input type="checkbox"/> direkt			<input type="checkbox"/> < 15 min			<input type="checkbox"/> > 15 min						
Durchschlafen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Energie beim Aufwachen:	<input type="checkbox"/> Bäume ausreißen			<input type="checkbox"/> schlummern			<input type="checkbox"/> keine Kraft aus dem Bett						
Libido:	<input type="checkbox"/> wenig			<input type="checkbox"/> normal			<input type="checkbox"/> hoch						
Schnarchen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> < 8	<input type="checkbox"/> 9 – 12	<input type="checkbox"/> 13 – 16	<input type="checkbox"/> > 17
-------------------------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

„Naturkontakte pro Tag“:

Kälte: (Duschen, draußen, ...)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> häufig
Hitze: (Duschen, Sauna, ...)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> häufig
Sonne:	<input type="checkbox"/> < 1 h	<input type="checkbox"/> 2 – 3 h	<input type="checkbox"/> > 3 h
Natur, Wald, Berge, Wasser, ...	<input type="checkbox"/> < 1 h	<input type="checkbox"/> 2 – 3 h	<input type="checkbox"/> > 3 h

Das möchte ich abschließend noch sagen:
