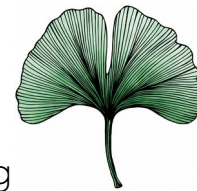


Praxis für ganzheitliche Therapie  
Physiotherapie - Psychologische Beratung



ANAMNESE Psychologische Beratung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich haben es mir zum Ziel gesetzt, Sie optimal zu behandeln. Dazu ist Ihre Mithilfe gefragt. Ich bitte Sie deshalb, mir einige Informationen zu Ihrer Person und Ihrem Beschwerdebild anzugeben.

Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Ich verwende Ihre Angaben ausschließlich für eine ausführliche Befunderhebung.

Gleichzeitig dient mir dieser Fragebogen als Anmeldeformular.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Klientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Nr:

PLZ:

Ort:

Tel. (Festnetz):

Tel. (Mobil):

Mail:

Ich bin damit einverstanden, per Email kontaktiert zu werden:  Ja  Nein

KEINE Werbung, keine Weitergabe an Dritte! Z.B. zur Terminabsprache.

Tel. Erstkontakt am:

Erstgespräch am (heute):

Alter:

Geschlecht:

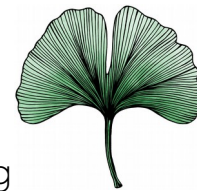
Größe:

Gewicht:

Hausarzt:


Grund der Konsultation:


Praxis für ganzheitliche Therapie  
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Vorgeschichte dazu (zum Grund der Konsultation):


Psychische Vorerkrankungen oder -behandlungen:


Körperliche Erkrankungen (Beginn, Zeitraum, Behandlungen etc.)

Kopf und Hals:

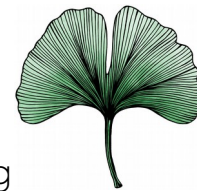

Nervensystem:


Blutdruck und Gefäße:


Stoffwechsel:


Organe:


Praxis für ganzheitliche Therapie  
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Bewegungsapparat:


Blutkrankheiten und Infektionen:


Haut und Allergien:


Krankenhausaufenthalte:


Medikamente (inkl. Stoffname und Dosis):


Ergänzungen:

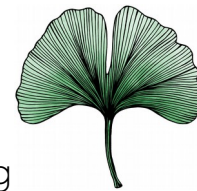

**Vegetativum:**

Schlaf (Ein- & Durchschlaf, Erholungswert):


Stuhl/Wasserlassen:


Schwitzen:


Praxis für ganzheitliche Therapie  
Physiotherapie - Psychologische Beratung



Attest vom Hausarzt, letztes Check-up:


Ergänzungen:


Suchtmittel:

Alkohol & Zigaretten:


Drogen:


Familienanamnese:

Krankheiten, Eltern, Geschwister, Regeln, Beziehungen usw.:


Sozialanamnese:

Verheiratet, Beziehung, alleinstehend, seit wann, wie, Schule, Ausbildung


**Sonstige Anmerkungen und Vereinbarungen**

Hiermit bestätige ich alle Richtigkeit oder obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können.

Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Klienten

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der Behandlerin