

Anamnesebogen

Im Interesse Ihres Behandlungserfolgs bitten wir Sie, den Bogen vollständig auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

1) Administration

Name:	Vorname:
Geburtstag:	Beruf:
Adresse:	PLZ/Ort:
Mobil Telefon:	Privat Telefon:
Hausarzt:	Wer hat Sie empfohlen:
eMail:	

2) Resultieren Ihre Beschwerden aus einem Unfall? nein ja
 Wenn ja: Unfallversicherung: _____ Fallnummer: _____

3) Welche Bewegung möchten Sie als Erstes wieder ausführen können?

Wie lange geben Sie sich dafür Zeit? _____ Wochen

4) Bitte wählen Sie die Bereiche aus, in denen Sie Beschwerden haben¹.

Ort:	Auswahl:	re / li / mittig ² :
Kopf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Halswirbelsäule und/oder Nacken	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Schulter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Arme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Ellbogen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Hände	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Oberer Rücken (Brustwirbelsäule)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Brustbereich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Unterer Rücken (Lendenwirbelsäule)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Bauchraum (inkl. Verdauungstrakt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Hüfte und/oder Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Gesäss und/oder Kreuzbein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Oberschenkel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Knie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Unterschenkel (Waden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Füsse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Atemwege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Urogenitaltrakt (inkl. Geschlechtsorgane)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

¹ Bitte wählen Sie den Schmerzort aus, wo Sie effektiv den Schmerz verspüren und NICHT wo eine andere Fachperson die Herkunft vermutet (z.B. Diagnose).

² re: rechts – li: links. Bsp: Knie rechts, Arm links, Unterer Rücken mittig usw.

5) Nehmen Sie Medikamente?

nein ja

Art:	Welches:	Dosierung:	Wie oft:
Schmerzmittel:	_____	_____	_____
Blutdruckmittel:	_____	_____	_____
Blutverdünner:	_____	_____	_____
Insulin:	_____	_____	_____
Psychopharmaka:	_____	_____	_____
Schilddrüse:	_____	_____	_____
Sonstiges:	_____	_____	_____

6) Sind Sie aktuell wegen Ihrer Schmerzen in Behandlung?

nein ja

Wenn ja, wo: _____

7) Betreiben Sie regelmässig Sport? (Kraft/Ausdauer/Dehnen)

nein ja

Aktivität:	Wie oft:	Wie lange jeweils:	Seit wann:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8) Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?

nein ja

Hersteller:	Bezeichnung:	Inhalt (grob):	Wie oft:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9) Zur Schmerztherapie nach Liebscher & Bracht gehören Übungen und die Faszien-Rollmassage, die im Alltag auszuführen sind und wichtig für den Erfolg der Therapie sind. Ich bin gewillt diese Übungen durchzuführen:

nein ja

10) L&B Rollmassage-Set (inkl. Schlaufe) vorhanden?

nein ja

Wenn ja, was _____

11) Den Fragebogen habe ich vollständig gelesen und verstanden sowie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen:
www.lnb-zentrum.ch/geschaeftsbedingungen.html

Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift