

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN – Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus. Auch Angaben von Ereignissen, die schon viele Jahre zurückliegen, können wichtig sein. Bringen Sie den Anamnesebogen bitte zur **ersten Behandlung** mit. Auch Röntgenbilder oder andere ärztliche Befunde, die jünger als 3 Jahre sind, können Sie gerne mitbringen. Alle eingereichten Informationen unterliegen absolut der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Name:

Vorname:

Datum:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobil Telefon:

E-Mail:

Versicherung (bitte einkreisen): Grundversicherung/Zusatzversicherung/Privat

Geburtsdatum:

Ausbildung:

Beruf:

Familiensituation:

Kinder:

Hausarzt:

Hobbies/sportliche Aktivitäten/was bereitet Ihnen Freude/wo tanken Sie Kraft:

Unterschrift:

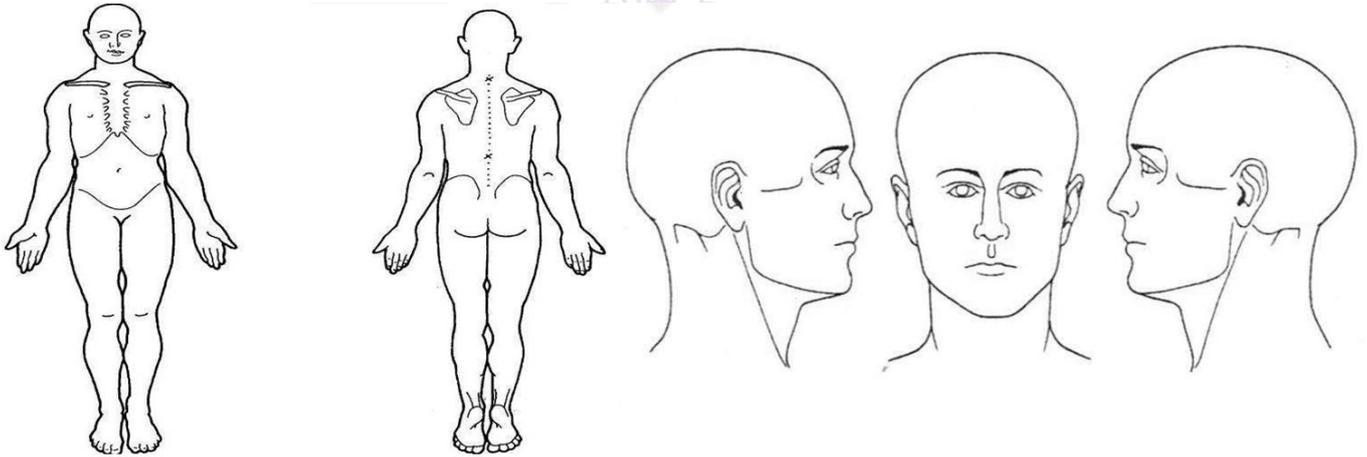
# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN – Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

Ihre Schmerzen/Beschwerden kurz in eigenen Worten:

---

---

1. Wo haben Sie Beschwerden/Schmerzen (bitte einzeichnen)?



2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

---

3. Wie äussern sich diese?

---

4. Haben Sie Schmerzen? ja  nein

5. Ist Ihre Beweglichkeit verändert? ja  nein

6. Ist Ihre Sensibilität verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)? ja  nein

7. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)? ja  nein

8. Was bereitet Ihnen im Alltag genau Beschwerden? Gibt es Einschränkungen?

---

9. Wie lange haben Sie die o.a. Beschwerden schon?

---

---

10. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Sturz/Unfall/Schock)? ja  nein

---

11. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt (Physiotherapie/Osteopathie/Spritzen/Anderes)?

---

---

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN – Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

12. Was verbessert Ihre Beschwerden (bitte einkreisen oder aufschreiben)?  
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts

---

11. Was verschlechtert Ihre Beschwerden (bitte einkreisen oder aufschreiben)?  
Aktivität, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen vom Sitzen, Bücken, Beugen, Stehen, Gehen, Laufen, Heben, Tragen, Überkopfarbeit, Greifen, Arbeit, Hobby, Sport, morgens, mittags, abends, nachts

---

12. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan (bitte einkreisen)?  
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

13. Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal (bitte einkreisen)?  
(kein Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maximaler Schmerz)

14. Haben Sie Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): permanent/mit Unterbrechungen?

15. Sind Ihre Beschwerden (bitte einkreisen): gleich/besser werdend/verschlechternd?

16. Haben Sie Schmerzen beim (bitte einkreisen): Husten/Niesen/Pressen/Schlucken? ja  nein

17. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen? ja  nein

18. Sind Sie schwanger? ja  nein

19. Haben Sie Kopfschmerzen? ja  nein

20. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen? ja  nein

---

21. Sind Sie Diabetiker/in? ja  nein

22. Haben Sie Osteoporose? ja  nein

23. Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein etc.)? ja  nein

---

24. Nehmen Sie momentan Medikamente ein? Falls ja, welche und in welcher Dosis? ja  nein

---

24a. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Gelenksprothesen? Falls ja, wo? ja  nein

---

25. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung? ja  nein

---

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN – Praxis für Biodynamische Craniosacral Therapie

26. Haben Sie nachts Schmerzen? ja  nein

27. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen/abgenommen (bitte einkreisen)? ja  nein

28. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen? ja  nein

29. Hatten Sie in Ihrem Leben Unfälle oder Operationen? Falls ja, welche und wann? ja  nein

---

---

30. Haben Sie sonstige Beschwerden, welche mit den Hauptbeschwerden nicht im Zusammenhang stehen (Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Psyche, Herz, Kreislauf etc.)? ja  nein

---

31. Haben Sie Angst bzw. Bedenken, dass Belastung/Bewegung Ihrem Problem schadet? ja  nein

32. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird? Falls ja, warum? ja  nein

---

33. Welche Maßnahmen zur Diagnostik wurden bisher durchgeführt? (bitte einkreisen)  
Facharzt / Röntgen / Computertomographie / Kernspintomographie (MRT) / Anderes:

---

---

34. Gibt es weitere Vorerkrankungen, Allergien, Hauterkrankungen? ja  nein

---

35. Haben Sie Narben, Blutdruckprobleme, Atemnot, Schilddrüsen Über- bzw. Unterfunktion? ja  nein

---

36. Gibt es spezielle Abhängigkeiten (Genussmittel/Alkohol/Drogen/Arbeitssucht/Putzsucht/etc.) ja  nein

---

37. Rauchen Sie. Falls ja, wann und wie viele Zigaretten pro Tag? ja  nein

---

38. Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Essverhalten? Welche Lebensmittel/Getränke bevorzugen Sie?

---

39. Gibt es in der Familie Erkrankungen / Einschränkungen? Falls ja, welche? ja  nein

---

