



Praxis für Körpertherapie

Sensomotorische Behandlung
bei chronischen Schmerzen und funktionellen Beschwerden

Claudia Berlt · Heilpraktikerin

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name:

Anschrift:

.....

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:



Praxis für Körpertherapie

Sensomotorische Behandlung
bei chronischen Schmerzen und funktionellen Beschwerden

Claudia Berlt · Heilpraktikerin

Beschwerden:

Wo? (bitte möglichst genau beschreiben, wo der Schmerz oder die Missempfindung sich bemerkbar macht)				
Wie fühlt sich der Schmerz an? (z. B. spitz, brennend, dumpf, stechend,				
Seit wann?				
Wobei? (Gibt es eine bestimmte Tätigkeit oder Bewegung, bei der die Beschwerden auftreten?)				
Wodurch besser?				
Wodurch schlechter?				



Praxis für Körpertherapie

Sensomotorische Behandlung
bei chronischen Schmerzen und funktionellen Beschwerden

Claudia Berlt · Heilpraktikerin

Vorerkrankungen, Operationen:

Datum:

Datum:

Datum:

Haben Sie **Osteoporose**?

Leiden Sie an einer **Krebs**erkrankung?

Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, welche?

Haben Sie Befunde von Untersuchungen z.B. bildgebenden Verfahren (Röntgen, MRT, CT), Arztberichte? Bitte bringen Sie diese zum Termin mit.

Welche **Medikamente** und/oder **Nahrungsergänzungsmittel** nehmen Sie zurzeit ein? In welcher Dosierung?

.....
.....
.....
.....

Wie ist Ihr **Schlaf**verhalten?

.....

Beruf/Arbeitstätigkeit:

Bewegungen hierbei :

Sport im Alltag:

Hobbys:

Sind Sie privat krankenversichert und/oder beihilfeberechtigt?

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen?