

Juri Klester  
Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin  
Akupunktur, Chirotherapie, Naturheilverfahren  
Siegfriedstr. 204a, 10365 Berlin

Sehr geehrter Patient /-in,

bitte füllen sie den folgenden Anamnesebogen möglichst sorgfältig aus, das hilft uns die oft wichtigen Einzelheiten nicht entgleiten zu lassen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname/ Tel. \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht \_\_\_\_\_

Berufliche Situation: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf/ jetzige Tätigkeit \_\_\_\_\_

Wo und wobei haben Sie Schmerzen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welcher Art sind die Schmerzen? (z.B. stechend, dumpf, brennend...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wodurch werden die Beschwerden gelindert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nebenbeschwerden \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was stört Sie am meisten? Schmerzen, Bewegungseinschränkungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Behandlung      ambulant ( )      stationär ( )      Rehaklinik ( )

1.Hausarzt/2.Orthopäde      1. \_\_\_\_\_      2. \_\_\_\_\_

andere behandelnde Ärzte (Neurologie?...) \_\_\_\_\_

Leiden sie an einer der folgenden Erkrankungen? (wenn zutreffend, bitte ankreuzen X)

Diabetes mellitus\_\_      Bluthochdruck\_\_      Schilddrüsenerkrankung\_\_

Lebererkrankung\_\_      Nierenerkrankung\_\_      Erhöhte Blutwerte\_\_

Erhöhte Harnsäure(Gicht)\_\_      Angina pectoris\_\_      Sonst. Herzerkrankungen\_\_

Durchblutungsstörungen\_\_      Krampfadern\_\_      Krebserkrankung\_\_

Asthma\_\_

Gicht\_\_

Osteoporose\_\_

Gastritis\_\_

Diagnose / Erkrankungen die hier nicht aufgelistet wurden \_\_\_\_\_

Vegetative Symptome:

(bitte ankreuzen X)

Kalte Füße\_\_

Schlafstörungen\_\_

Sodbrennen\_\_

Obstipationen\_\_

Müdigkeit\_\_

Stress\_\_

Kopfschmerzen\_\_

Durchfälle\_\_

Verdauungsprobleme\_\_

Depressive Verstimmung\_\_

Blähungen\_\_

Zahnfleischprobl.\_\_\_

Allergien

(auch gegen Wirkstoffe)

Neigung zu Erkältungen?

Ja\_\_ Nein\_\_

letzte Antibiotikaeinnahme?

Untersuchungen/ Befunde

(Röntgen/MRT/CT – wann?)

Coloskopie (Darmspiegelung)? Ja\_\_ Nein\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Schmerzmittel?

Wenn ja, listen Sie bitte Ihre Medikamente auf:

Ja\_\_ Nein\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Proteinpumpenhemmer? ja/nein

Cholesterinsenker? ja/nein

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Wenn ja, listen Sie bitte diese  
bitte auf:

Ja\_\_ Nein\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsmittelergänzungen? Wenn ja, welche?

Wenn Operationen stattgefunden haben, bitte listen Sie diese auf:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Behinderungsgrad (GdB) oder läuft ein Feststellungsverfahren? \_\_\_\_\_

Wurde ein Rentenanspruch gestellt? \_\_\_\_\_

Was hat bisher geholfen? \_\_\_\_\_

Manuelle Therapie \_\_\_\_\_

Krankengymnastik \_\_\_\_\_

Rehaklinik \_\_\_\_\_

Möchten Sie im Sinne von *Naturheilverfahren*, *Schulmedizin* oder *beides* behandelt werden?  
(Bitte unterstreichen)

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_