



Praxis für Naturheilkunde
Heilpraktikerin
SUSANNE STOLZ

CHIROPRACTIC
OSTEOPATHIE
MASSAGEN
HOMÖOPATHIE
EMA-TRAINING



SUSANNE
STOLZ

ZERTIFIZIERTE
OSTEOPATHIN
257

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Krankenkasse: _____

Rezept vom: _____

Beruf: _____

Anamnese-Fragebogen

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen!

- Herzschrittmacher
- Bluthochdruck
- Chronische Herzleiden _____
- Thrombose
- Chronische Lungenleiden _____
- Allergien _____
- Lebererkrankungen _____
- Darmerkrankungen _____
- Diabetes _____
- Nierenerkrankungen _____
- Neurologische Erkrankungen _____
- Schwangerschaft
- Akute Infektionserkrankungen _____
- Long Covid _____
- Krebserkrankungen _____
- Operationen _____
- Sonstiges _____

Haben Sie Probleme mit Knochen/Gelenken oder Muskulatur?

- Osteoporose
- Rheuma
- Arthrose _____
- Arthritis _____
- Schmerzen Zehengelenk
- Schmerzen Sprunggelenk
- Schmerzen Knie
- Schmerzen Hüfte
- Schmerzen Fingergelenke
- Schmerzen Handgelenk
- Schmerzen Ellenbogengelenk
- Schmerzen Schulter
- Muskelprobleme Rücken
- Muskelprobleme Beine/Hüfte
- Muskelprobleme Arme/Schulter
- Muskelprobleme Bauch/Zwerchfell
- Sonstiges _____

Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule

- Bandscheibenvorwölbung
- Bandscheibenvorfall
- Spinalkanalstenose
- Streckfehlhaltung
- Skoliose
- Steißbein-Schmerzen / - Verletzungen
- ISG-Blockade / Ischialgie
- Beckenschiefstand
- LWS-Syndrom
- BWS-Syndrom
- HWS-Syndrom
- Atlas- / Axis-Blockade
- Schleuder-Trauma
- Sonstiges _____

Welche Symptome haben Sie?

- Schwindel
- Kopfschmerzen
- Ohrgeräusche / Tinnitus
- Sehstörungen
- Zahnschmerzen
- Übelkeit/Brechreiz
- Herzrasen
- Atemprobleme
- Probleme beim Wasserlassen
- Probleme beim Stuhlgang
- Schmerzen
- Sonstiges _____

Nehmen Sie Medikamente?

- **Nein!**
- **Ja! Welche?** _____

Welchen Sport treiben Sie?

- **Laufen / Walken**
- **Schwimmen**
- **Radfahren**
- **Fußball / Handball / Volleyball**
- **Krafttraining**
- **Herz-Kreislauf-Training**
- **Reha-Sport**
- **Rückenstärkung/Wirbelsäulentraining**
- **Stressabbau / Yoga / Autogenes Training**
- **Sonstiges** _____

Wie ist Ihr Fitness-Zustand? **Schlecht / Mittel / Gut / Sehr gut**

Mandelbachtal, _____

(Unterschrift Patient)

