

Anamnesebogen

Neurofasziale Resonanztherapie nach Glückselig®

Herzlich willkommen!

Vielen Dank für Ihr Vertrauen. Dieser Anamnesebogen dient dazu, ein umfassendes Bild Ihrer aktuellen Situation zu erhalten. Die Neurofasziale Resonanztherapie betrachtet den Menschen ganzheitlich. Daher können körperliche Beschwerden ebenso wichtig sein wie frühere Verletzungen, Operationen oder belastende Lebensereignisse.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der gesetzlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____
Beruf:	_____

Was ist Ihr Anliegen?

Welche Beschwerden oder Einschränkungen führen Sie zu mir?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

- | | |
|--|---|
| ☐ seit wenigen Tagen | ☐ seit einigen Wochen |
| ☐ seit mehreren Monaten | ☐ seit mehreren Jahren |

Gab es einen erkennbaren Auslöser?

- | | |
|---|---|
| ☐ Unfall | ☐ Sturz |
| ☐ Operation | ☐ Sportverletzung |
| ☐ Zahnbehandlung | ☐ emotionale Belastung |
| ☐ Infektion | ☐ Schwangerschaft / Geburt |
| ☐ keiner erkennbar | ☐ Sonstiges |

Sonstiges:

Ihre Beschwerden

Wo befinden sich Ihre Beschwerden?

Wie würden Sie Ihre Beschwerden beschreiben?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ Schmerz | ☐ Bewegungseinschränkung |
| ☐ Kraftverlust | ☐ Verspannung |
| ☐ Kribbeln | ☐ Taubheitsgefühl |
| ☐ Instabilität | ☐ Schwindel |
| ☐ Sonstiges | |

Bitte bewerten Sie Ihre Beschwerden:

0 = stärkste vorstellbare Beschwerden | 10 = keine Beschwerden

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

Was verbessert sie?

Frühere Belastungen

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

- | | |
|--|--|
| ☐ Knochenbrüche | ☐ Bänderverletzungen |
| ☐ Schleudertrauma | ☐ Bandscheibenvorfall |
| ☐ Operationen | ☐ Narben |
| ☐ Zahnimplantate | ☐ Wurzelbehandlungen |
| ☐ Kieferbeschwerden | ☐ schwere Infektionen |
| ☐ Sonstiges | |

Bitte ergänzen Sie ggf. mit Jahreszahlen:

Allgemeine Gesundheit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ☐ Nein ☐ Ja

Welche?

Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Bestehen derzeit schwerwiegende Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen | ☐ Diabetes |
| ☐ Tumorerkrankung | ☐ Autoimmunerkrankung |
| ☐ neurologische Erkrankung | ☐ keine |

Sonstige:

Alltag und Belastungen

Wie hoch empfinden Sie Ihre derzeitige körperliche Belastung?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie hoch empfinden Sie Ihre psychische Belastung?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie schlafen Sie?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie würden Sie Ihr Energielevel einschätzen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ihr Behandlungsziel

Was möchten Sie mit der Neurofaszialis Resonanztherapie erreichen?

Woran würden Sie erkennen, dass die Behandlung erfolgreich war?

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Mir ist bekannt, dass die Neurofasziale Resonanztherapie nach Glückselig® eine heilpraktische Behandlung darstellt und eine notwendige ärztliche Diagnostik oder Behandlung nicht ersetzt.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes sowie neu hinzugekommene Diagnosen oder Medikamente während der Behandlung mitzuteilen.

Ort / Datum:

Unterschrift:

Datenschutz

Ich erkläre mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Behandlung gemäß DSGVO einverstanden.

☐ Ja

Ort / Datum:

Unterschrift:
