



Anamnesebogen

Damit ich Deine Bewegungs- und Entspannungstherapie individuell gestalten kann, sind Informationen bzgl. Deines Gesundheitszustandes sinnvoll. Diese werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Vor-/ Nachname

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Email:

Beruf:

Sport/ Hobbies:

Krankenkasse:

Aktuelle Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Rundrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohlrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannung der Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?..... Seit wann?
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?..... Seit wann?
Gelenkprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleitwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?..... Seit wann?
			Bisherige Behandlungen?

Stefanie Witting
Am Mühlberg 16
65195 Wiesbaden

commonyoga Studio
Oranienstraße 31
65185 Wiesbaden

Konto
IBAN DE 46 5105 0110 1674 82
Naspa Wiesbaden

Zurückliegende Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Verletzungen (Brüche/ Unfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?..... Welche?..... Noch bestehende Beschwerden?.....
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?..... Welche?..... Komplikationen?.....

Beschwerden bzw. Kontraindikationen, die die Bewegungstherapie beeinträchtigen können?

	Ja	Nein	
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?.....
Schwangerschaft/ Geburt innerhalb der letzten 12 Monate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychische Dispositionen

	Ja	Nein	
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift

Herzlichen Dank für Deine Mitarbeit.

Stefanie Witting
Am Mühlberg 16
65195 Wiesbaden

commonyoga Studio
Oranienstraße 31
65185 Wiesbaden

Konto
IBAN DE 46 5105 0110 1674 82
Naspa Wiesbaden